

TYÖPAPEREITA

MAIJA RITAMO (TOIM.)

Terve Kunta -päivät

22.–23.1.2008, 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

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Leena Nuorteva

ISBN 978-951-33-2075-1 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2076-8 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Kuntatalon paino

Helsinki 2008

Tiivistelmä

Maija Ritamo (toim.): Terve Kunta -päivät 22.–23.1.2008, Paasitorni, Helsinki.
Stakes, Työpapereita 1/2008 Helsinki. 137 sivua, 22 euroa. ISBN 978-951-33-2076-8

Terve Kunta -päivien tavoitteena on tehdä kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö näkyväksi. Päivät tarjoavat keskustelu- ja kokemustenvaihtofoorumin kuntien eri hallinnonalojen johtaville viranhaltijoille ja työntekijöille, luottamushenkilöille, kehittäjille, tutkijoille ja kouluttajille sekä järjestöjen edustajille.

XI Päivien teemana on lasten ja nuorten hyvinvointi. Aihetta käsitellään mm. palvelurakennemuutoksen, ehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen kautta. Vaikka hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuntien tehtävänä ja mahdollisuutena on korostettu vuosia, ovat vastuut ja sitoutuminen tehtävään edelleen epäselviä. Nyt kasvaviin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeisiin etsitään ratkaisuja siirtämällä painopistettä hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan ja ehkäiseviin palveluihin. Samalla kunnat ja yhteistoiminta-alueet joutuvat pohtimaan käytäntöjä ja malleja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteisiin, strategioihin, johtamiseen ja seurantaan.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes ja Suomen Kuntaliitto järjestävät yhdessä XI Terve Kunta -päivät. Päivien esitelmät ja tiivistelmät on koottu tähän julkaisuun ja ne löytyvät myös osoitteesta www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/index.htm.

Avainsanat: hyvinvointi, kunnat, laatu, lapset, nuoret, päätöksenteko, strateginen johtaminen, terveyden edistäminen.

Hyvät Terve Kunta -päivien osallistujat

Stakes ja Kuntaliitto järjestävät Terve Kunta -päivät yhdenkertaista kerran, teemana tällä kertaa lasten ja nuorten hyvinvointi. Terve Kunta -päivät ovat käsitelleet hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuntien tehtävänä ja mahdollisuutena jo kymmenen vuoden ajan. Vastuut ja sitoutuminen tehtävään ovat edelleen epäselviä.

Uudessa hallitusohjelmassa terveyden edistäminen on saanut näkyvän aseman. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa kiinnitetään huomiota rakenteiden kehittämiseen, lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen sekä ehkäisevän työn vastuiden jaon ja resursoinnin kehittämiseen. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma painottaa myös terveyden edistämisen teemaa, lapsilähtöistä yhteiskuntaa, hyvinvoivaa lapsiperhettä sekä syrjäytymisen ehkäisemistä. Valmisteilla olevassa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa tavoitellaan erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymistä ja terveyserojen kaventumista. Tavoitteeseen aiotaan päästä mm. ennalta ehkäisevällä työllä, varhaisella ongelmiin puuttumisella sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheällä kokonaisuudella ja vaikuttavilla toimintamalleilla. Vaikka terveyden edistäminen on valtion, aluehallinnon, kuntien ja järjestöjen yhteistyötä, yksilöiden omavastuuta unohtamatta, kuntien vaikutusmahdollisuus tässä työssä on merkittävä.

Uuden lastensuojelulain (417/2007) mukaan ehkäisevän lastensuojelun tehtävät sisältyvät kunnan lähes kaikkien toimialojen tehtäviin. Laki velvoittaa kunnat laatimaan valtuuston hyväksymän lastensuojelusuunnitelman, jossa kuvataan lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin tilannetta. Hyvinvoinnin edistäminen lähtee tiedosta. Kuntalaisten hyvinvointitarpeet on tunnistettava ja palvelujärjestelmän pitäisi kyetä vastaamaan tarpeisiin ja ongelmiin. Suomalaisten lasten ja nuorten hyvinvointi on pääsääntöisesti parantunut. Osa lapsista, nuorista ja heidän perheistään elää kuitenkin pahoinvointia lisäävissä olosuhteissa. Polarisoituvan kehityksen syyt eivät ole selviä, vaikka tiedämmekin paljon elinolojen ja hyvinvoinnin yhteyksistä. Lapsiperheiden tuloerot ovat kasvaneet. Myös lastensuojelun tarve on lisääntynyt, mikä viittaa vaikeimmassa asemassa olevien lasten ja nuorten olojen entistä vaikeampaan tilanteeseen.

Ennalta ehkäisevä työ ja varhainen ongelmiin puuttuminen ovat keinoja vahvistaa lasten ja perheiden hyvinvointia ja sitä kautta kaventaa terveyseroja. Palvelujärjestelmät on viritetty hoitamaan ongelmia, sairauksia ja sosiaalista pahoinvointia. Nyt koneistoa olisi viritettävä entistä herkemmin vahvistamaan ihmisten omia, hyvinvointia tukevia voimavaroja, havaitsemaan uhkatekijöitä yksilö- ja yhteisötasolla ja tarttumaan niihin tukea antaen. Varhainen puuttuminen tarkoittaa ehkäiseviä toimenpiteitä ja syrjäytymisen torjumista, avointa yhteistyötä.

Palvelurakennemuutoksen myötä on syntymässä yhteistoimintamalleja, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarjotaan kuntien yhteisinä ratkaisuin, joskus pilkkoen palvelut eri kunnissa toteutettavaksi. Miten horisontaalinen, ammattirajat ylittävä ehkäisevä työ toteutuu niissä käytännöissä, joissa eri alojen ammattilaiset sijoittuvat eri kuntien organisaatioihin? Tässä vaiheessa on huolellisesti mietittävä hyväksyttävää käytäntöjä ja niiden toimivuutta, jotta eri hallinnonalojen osaamista edellyttävät terveyden edistämisen rakenteet ja johtaminen eivät ajautuisi käytännön mahdottomuuteen. Yhteistoiminta-alueilla tarvitaan eri hallinnonalat ja kuntarajat ylittävää terveyden edistämisen johtamista, johon kuuluu vastuu suunnittelusta, seurannasta ja tavoitteiden toteutuksesta. Hyvinvointitavoitteiden pitää sisältyä kuntien strategioihin ja tavoitteiden toteutukseen tarvitaan osaava yhteispeliä pelaava joukkue.

XI Terve Kunta -päivät tarjoaa tietoa ja koeteltuja malleja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ratkaisuisista erilaisissa palvelurakenteissa.

Tervetuloa XI Terve Kunta -päiville!

Stakes ja Suomen Kuntaliitto

OHJELMA

Tiistai 22.1.2008

Puheenjohtaja: Ylijohtaja Mauno Konttinen, Stakes

10.00 - 10.20 **Terveyden edistäminen – kaikkien hallintokuntien tehtävä**

- Valtiosihteeri Risto Volanen, Valtioneuvoston kanslia

10.20 - 10.35 **Terveyden edistämisen politiikkaohjelma – rakenteet keskiössä**

- Ohjelmajohtaja Maija Perho, STM

10.35 - 12.00 **TERVEYDEN EDISTÄMINEN KUNNISSA JA YHTEISTOIMINNASSA
- TEEMANA LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTI**

Käytäntöjen ja ratkaisumallien yleisesittely ja keskusteluun johdattelu

- Kehittämispäällikkö Kerttu Pertilä, Stakes

Vastuut ja rakenteet – strategiat, johtaminen, resurssit ja seuranta

- Kaupunginjohtaja Erkki Kukkonen, Järvenpää

- Kaupunginvaltuuston puheenjohtaja Kaarina Wilskman, Järvenpää

Käytännön toteutus – organisointi, yhteistyö, toteutus ja osaaminen

- Terveysjohtaja Keijo Koski, Oulu

- Palvelutuotantojohtaja Päivi Sillanaukee, Tampere

Yhteistoimintamallien sudenkuopat ja terveyden edistämisen ratkaisut -keskustelu

12.00 - 13.15 Lounastauko ja näyttelyyn tutustuminen

13.15 - 15.00 **Rinnakkaisohjelmat** (vastuuhenkilö)

A Voimmeko tuotteistaa terveydenedistämisen aktiivisuuden kunnan strategisessa johtamisessa? (Matti Rimpelä, Stakes)

B Varhainen puuttuminen ja tuki – malli yhteistyön edistämiseksi
(Soile Paahtama, Kuntaliitto)

C Varhaiskasvatus NYT (Eeva-Liisa Kronqvist, Stakes)

D Kouluterveyskyselyn hyödyntäminen: Tietoa on – entä sitten?
(Minna Pietikäinen, Stakes)

E Vertailun viehäytys – vanhuspalvelujen johtaminen vertailutiedon tuella
(Anja Noro, Stakes)

F Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen käytännössä
(Eila Linnanmäki, STM)

15.00 - 15.30 T a u k o

Puheenjohtaja: Kaupunginjohtaja Petteri Paronen, Kuopio

15.30 - 16.30 **HYVINVOINTIPALVELUT MUUTOKSESSA
Toimiiko terveydenhuoltoalue?**

- Tulosaluejohtaja Maijaliisa Junnila, Stakes

Kunnan näkökulma palvelujen uudistamiseen

- Kunnanjohtaja Mauri Heinonen, Vilppula

Keskiviikko 23.1.2008

Puheenjohtaja: Ryhmäpäällikkö Timo Ståhl, Stakes

9.00 - 10.15 **TIETOA JA HYVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ**

Perheet eriytyvät, kasvavatko lasten ja nuorten hyvinvointierot?

- Erikoistutkija Sakari Karvonen, Stakes

Hyvinvoivat lukiolaiset - pahoinvoivat ammattikoululaiset?

- Erikoistutkija Minna Pietikäinen, Stakes

Nuoret miehet ja hyvinvointi

Asevelvollisten kertomaa

- Tutkija Minna Nikula, Stakes

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – tukipalvelu nuorille miehille

- Kehittämispäällikkö Eija Stengård, Stakes

10.15 - 10.45 T a u k o

10.45 - 12.30 **Rinnakkaisohjelmat** (vastuuhenkilö)

F Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointipalvelut – vastaavatko perhekeskusmallit käytännön tarpeisiin?

(Kerttu Perttilä, Stakes)

G Opiskeluhoito näkyväksi tuotteistamalla ja tunnusluvuilla

(Kirsi Wiss, Stakes)

H Lasten ja nuorten diabetes ja diabeteksen ehkäisy

(Soile Paahtama, Kuntaliitto)

I Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen

(Minna Nikula, Stakes)

J Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa

(Airi Partanen, Stakes)

12.30 - 13.45 Lounastauko ja näyttelyyn tutustuminen

Puheenjohtaja: Johtaja Jussi Merikallio, Kuntaliitto

13.45 - 14.45 **LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTI**

Avoin yhteistyö ja varhainen puuttuminen

- Kehittämispäällikkö Esa Eriksson, Stakes

Lasten ja lapsiperheiden psykososiaalinen tuki

- Kehittämispäällikkö Tytti Solantaus, Stakes

14.45 - 15.00 **Sosiaalista pääomaa kaikille!**

Pääjohtaja Vappu Taipale, Stakes

RINNAKKAISOHJELMAT

Tiistai 22.1.2008

A Voimmeko tuotteistaa terveydenedistämistä aktiivisuuden kunnan strategisessa johtamisessa? (Siltasaari -sali, ala-aula)

Puheenjohtaja: Tutkimusprofessori Matti Rimpelä, Stakes

B Varhainen puuttuminen ja tuki - malli yhteistyön edistämiseksi (Juho Rissanen -sali, 1½ krs.)

Puheenjohtaja: Erityisasiantuntija Soile Paahtama, Kuntaliitto

Varhaisen puuttumisen strategiset lähtökohdat ja poikkisektorinen johtaminen

Perhe- ja sosiaalipalveluiden päällikkö Mervi Herola

Varhaisen puuttumisen malli Nurmijärven peruspalveluissa

Verkostotyön koordinaattori Olli Laiho

C Varhaiskasvatus NYT (Sali 305–306, 3. krs.)

Puheenjohtaja: erikoissuunnittelija Eeva-Liisa Kronqvist, Stakes

Vaikuta Vanhempi -kysely ja sen tuloksia

Erikoissuunnittelija Eeva-Liisa Kronqvist, Stakes

Varhaiskasvatuksen kansainvälisiä näkökulmia

Erikoissuunnittelija Päivi Lindberg, Stakes

D Kouluterveyskyselyn hyödyntäminen. Tietoa on - entä sitten? (Tarja Halonen -sali, 1½ krs.)

Puheenjohtaja: erikoistutkija Minna Pietikäinen, Stakes

Kouluterveyskyselyn hyödyntämisen mallit ja menetelmät

THM Tiina Tervaskanto-Mäentausta, Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Koulu yhteistyön hyvinvointi ja oppilaan osallisuus

THM Leena Lerssi, Kajaanin ammattikorkeakoulu

Terve Tulevaisuus -toimintamalli

Ylilääkäri Seppo Voutilainen, Oulun sosiaali- ja terveystoimi

**E Vanhuspalvelujen johtaminen vertailutiedon tuella
(Sali 307–308, 3. krs.)**

Puheenjohtaja: tutkimuspäällikkö Anja Noro, Stakes

Johdattelua vertailuun

Tutkimuspäällikkö Anja Noro, Stakes

Kuntouttava hoitotyö vertailutiedon valossa

Erikoissuunnittelija Pia Vähäkangas, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Kilpailuttaminen, henkilöstön hyvinvointi ja laatu

Erikoistutkija Timo Sinervo, Stakes

**F Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen käytännössä
(Sali 302–304, 3. krs)**

Puheenjohtaja: erikoissuunnittelija Eila Linnanmäki,
Sosiaali- ja terveysministeriö

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman esittely

Erikoissuunnittelija Eila Linnanmäki, Sosiaali- ja terveysministeriö

Millaista alueellista tietoa terveyseroista on saatavilla ja kehitteillä

Asiantuntija-tutkija Risto Kaikkonen, Kansanterveyslaitos

*Terveyttä edistävän kuntapäätöksenteon kehittäminen terveyserotietoa
hyödyntämällä*

Erikoissuunnittelija Tytti Tuulos, Oulun lääninhallitus ja ohjelmapäällikkö Ilpo
Tapaninen,

Pohjois-Pohjanmaan liitto

Perusterveydenhuollon haasteet ja mahdollisuudet terveyserojen kannalta

Johtava lääkäri Timo Peisa, Ranua

Voimavarojen kohdentaminen terveyserojen kaventamiseksi

Kehittämisjohtaja Riitta Simoila, Helsingin kaupunki

RINNAKKAISOHJELMAT

Keskiviikko 23.1.2008

G Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointipalvelut - vastaavatko perhekeskusmallit käytännön tarpeisiin? (Sali 302–304, 3. krs.)

Puheenjohtaja: kehittämisspäällikkö Kerttu Perttilä, Stakes

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelukonseptien kehittäminen Stakesissa

Kehittämisspäällikkö Kerttu Perttilä, Stakes

Jämsän seudun perhepalvelukeskus - suunnitelmista toimintaan

Hankepäällikkö Virpi Merikallio, Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Miten monitoimijainen perhepalveluverkosto toimii Espoossa

Projektipäällikkö Aino Ruotsalainen ja

päivähoidon asiantuntija Liisa Ollikainen, Espoo

H Opiskeluhoolto näkyväksi tuotteistamalla ja tunnusluvuilla (Sali 307–308, 3. krs.)

Puheenjohtaja: Tutkimusprofessori Matti Rimpelä, Stakes

Mitä tarkoittaa opiskeluhoollon tuotteistaminen? Esimerkkinä

kouluterveydenhuollon käynnit ja laatu

Matti Rimpelä, Stakes

Laaja terveystarkastus

Tutkija Hanna Happonen, Tampereen yliopisto

Henkilöstövoimavarat

Tutkija Kirsi Wiss, Stakes

I Lasten ja nuorten diabetes ja diabeteksen ehkäisy (Sali 305–306, 3. krs.)

Puheenjohtaja: erityisasiantuntija Soile Paahtama, Kuntaliitto

Dehko, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma

Dehkon vs. pääsihteeri Maria Aarne, Diabetesliitto

Lasten lihavuuden ehkäisy on tyypin 2 diabeteksen ja verisuonisairauksien ehkäisyä

Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka, Diabetesliitto

'Tervehet mukulat sairahas maailmas'

Aluekoordinaattori Arja Hyytiä, Dehko, Etelä-Pohjanmaa, Diabetesliitto

Diabeetikkolapsi päiväkodissa ja koulussa

Sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntija Riitta Koivuneva, Diabetesliitto

J Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen (Tarja Halonen -sali, 1½ krs.)

Puheenjohtaja: tutkija Minna Nikula, Stakes

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja riskien kumuloituminen

LT, dosentti Elise Kosunen, Tampereen yliopisto

NUSKA - Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Sairaanhoitaja Kirsi Porras, Väestöliitto

Turun nuorten foorumi -malli

Osastonhoitaja Katriina Bildjuschkin, Turun ehkäisyneuvola

K Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa (Juho Rissanen -sali, 1½ krs.)

Puheenjohtaja: kehittämispäällikkö Airi Partanen, Stakes

Mini-intervention juurruttaminen perusterveydenhuoltoon

Aluekoordinaattori Irmeli Ahola ja aluekoordinaattori Jaana Malinen, VAMP-hanke

Audit -testi. Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla

Johtava erityissuunnittelija Marja Heinänen ja suunnittelija Leena Alho,

Sosiaalivirasto, Helsinki

Kokemuksia terveystaseman päihdehoitajatoiminnasta Vantaalla

Projektikoordinaattori Lauri Kuosmanen, Sateenvarjo-projekti, Vantaa

SISÄLLYS

ESITELMÄT

<i>Terveyden edistämisen politiikkaohjelma – rakenteet keskiössä</i>	16
<i>Käytäntöjen ja ratkaisumallien yleisesittely ja keskusteluun johdattelu</i>	18
<i>Vastuu ja rakenteet – strategiat, johtaminen, resurssit ja seuranta</i>	22
<i>Terveyden edistämisen toteuttamisen malli Oulussa</i>	25
<i>Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen Tampereen uudessa toimintamallissa</i>	27
<i>Perheet eriytyvät, kasvavatko lasten ja nuorten hyvinvointierot?</i>	29
<i>Hyvinvoivat lukiolaiset – pahoinvoivat ammattikoululaiset?</i>	30
<i>Seksikäyttäytyminen ja elämäntavat nuorten miesten keskuudessa, Suomessa 1998–2005</i>	31
<i>Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – tukipalvelu nuorille miehille</i>	32
<i>Avoin yhteistyö ja varhainen puuttuminen</i>	33
<i>Lasten ja lapsiperheiden psykososiaalinen tuki</i>	34

RINNAKKAISOHJELMIEN ESITELMÄT

A VOIMMEKO TUOTTEISTAA TERVEYDENEDISTÄMISAKTIIVISUUDEN KUNNAN STRATEGISESSA JOHTAMISESSA 35	
<i>Väestön terveyden edistäminen kuntajohdon haasteena - onko "tuotteistaminen" mahdollista?</i>	35
B VARHAINEN PUUTTUMINEN JA TUKI - MALLI YHTEISTYÖN EDISTÄMISEKSI	42
<i>Varhaisen puuttumisen strategiset lähtökohdat ja poikkisektorinen johtaminen Nurmijärvellä</i>	42
<i>Varhaisen puuttumisen malli Nurmijärven peruspalveluissa</i>	44
C VARHAISKASVATUS NYT	45
<i>Vaikuta vanhempi -kysely ja sen tuloksia</i>	45
<i>Varhaiskasvatuksen kansainvälisiä näkökulmia</i>	46
D KOULUTERVEYSKYSELYN HYÖDYNTÄMINEN: TIETOA ON - ENTÄ SITTEEN?	47
<i>Kouluterveyskyselyn hyödyntäminen – johdatusta malleihin ja menetelmiin</i>	47
<i>Kouluterveyskyselystä toimintaan mallin kehittäminen Kajaanissa</i>	48
<i>Terve, tulevaisuus! -toimintamalli</i>	50
E VANHUSPALVELUJEN JOHTAMINEN VERTAILUTIEDON AVULLA	52
<i>Johdattelua vertailuun</i>	52
<i>Kuntouttava hoitotyö vertailutiedon valossa</i>	53
<i>Kilpailuttamisen, kumppanuus vai oma toiminta vanhushpalveluissa</i>	54
F VÄESTÖRYHMIEN VÄLISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ	55
<i>Kunnallisen perusterveydenhuollon haasteet ja mahdollisuudet terveyserojen kautta</i>	55
G LASTEN, NUORTEN JA LAPSIPERHEIDEN HYVINVOINTIPALVELUT – VASTAAVATKO PERHEKESKUSMALLIT KÄYTÄNNÖN TARPEISIIN?	57
<i>Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen kehittäminen Stakesissa perhepalvelukeskusmallien mukaan</i>	57
<i>Jämsän seudun perhepalvelukeskus</i>	61
<i>Miten monitoimijainen perhepalveluverkosto toimii Espoossa?</i>	62
H OPISKELUHUOLTO NÄKYVÄKSI TUOTTEISTAMALLA JA TUNNUSLUVUILLA	63
<i>Kouluterveydenhuollon laatu terveyskeskuksissa</i>	63
<i>Peruskouluikäisten lasten lääkärikäynnit 2006</i>	65
<i>Kouluterveydenhuollon muut käynnit vuosina 1994–2006 kuntaryhmytyksen mukaan</i>	66
<i>Laajojen terveystarkastusten tuotteistaminen ja kuvaaminen opiskeluhuollon tunnuslukuna</i>	67
<i>Opiskeluhuollon henkilöstömitoitus peruskouluissa</i>	69
I LASTEN JA NUORTEN DIABETES JA DIABETEKSEN EHKÄISY	70
<i>Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma</i>	70
<i>Diabeetikkolapsi päiväkodissa ja koulussa</i>	71
J NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN	73
<i>Seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja riskien kumuloituminen</i>	73
<i>NUSKA – Nuorten seksuaalinen kaltoinkohtelu – kokemuksia kohtaamis- ja verkostoitumismallista</i>	74
<i>Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen Turussa</i>	75
K VARHAINEN PUUTTUMINEN PÄIHITEIDEN KÄYTTÖÖN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	76
<i>Varhainen puuttuminen alkoholinkäyttöön – Audit - työ Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa</i>	76

TIIVISTELMÄT

TERVEYDEN EDISTÄMINEN KUNNISSA JA ALUEILLA.....	78
<i>Lapsi ja nuorisopoliittinen ohjelma terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen linjaajana Kuopiossa</i>	78
<i>Kuusiokunnat ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu terveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä</i>	80
<i>Kuntakumppanuudella terveyttä edistämään</i>	81
<i>Terveysvaikutusten ennakoarvointikoulutuksella tuloksia</i>	82
<i>Terve Lappi -hanke</i>	83
<i>Terve Kuopio -ohjelma</i>	84
<i>Tutkimusyksikkö Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa</i>	85
<i>Muuramen menestyksen ja hyvinvoinnin strategia käytäntöön kuntapäätäjien valmennuksen tuella</i>	86
<i>Alueellinen asiakas/potilasohjauksen kehittämishanke AAPO</i>	87
<i>Terveyden edistämisen käytännöt ja keinot perusterveydenhuollossa</i>	88
<i>InnoELLI Senior -ohjelma yhdistää käytännön osaamisen ja teknologian ikääntyneiden palveluissa</i>	89
<i>Terveyttä ja hyvinvointia kulttuurista senioreille</i>	90
<i>Artu - työväline paikallisen turvallisuussuunnitelmatyön tueksi</i>	91
LASTEN JA LAPSIPERHEIDEN HYVINVOINTI.....	92
<i>Väestöliiton perheverkko ja neljän pöydänjalan malli</i>	92
<i>Väestöliiton parisuhdeprojekti</i>	93
<i>Arki Haltuun - Väestöliiton perhetyö-projekti</i>	94
<i>Lapsen ja nuoren aggressio itsenäistymisen voimavarana</i>	95
<i>Varhaislapsuudessa alkanut sydän- ja verisuonitautien ehkäisy (STRIP)</i>	96
<i>Neuvokas perhe – liikunta- ja ravitsemusohjausmenetelmä äitiys- ja lastenneuvolaan</i>	97
<i>Ravitsemusneuvonnan ja -koulutuksen haasteet neuvoloissa</i>	98
<i>Vauvojen värikylpy - koko perheen taidekasvatusta</i>	99
<i>Väestöliiton Kotipuu</i>	100
KOULULAISTEN JA OPISKELIJOIDEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN 101	
<i>Lääkärivastaanotolla käyneiden 7–14-vuotiaiden osuudet väestöstä terveyskeskuksittain 2004–2006</i>	101
<i>Kouluterveyskysely laajentuu ammatillisiin oppilaitoksiin</i>	103
<i>Nuorten terveystapatutkimus (NTTT)</i>	104
<i>Pääkaupunkiseudun kouluhyvinvoinnin parametriton monitasoanalyysi</i>	105
<i>Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta Suomessa</i>	106
SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN 107	
<i>Seksuaaliterveyden edistäminen osana ehkäiseviä palveluja</i>	107
<i>SEKSPRO 2006, seksuaalineuvonnan toimintamallin luominen TAYS:n naistenklinikkaan</i>	108
<i>Internetpalvelu ammattilaisille nuorten seksuaaliterveydestä</i>	109
<i>NUSKA - Nuorten Seksuaalinen kaltoinkohtelu</i>	110
<i>Seksi on sydämen asia</i>	111
<i>Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen - suomalaisia ja virolaisia menetelmiä, työtapoja ja materiaaleja</i>	112
EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ 113	
<i>Vanhempien ja perheen merkitys lasten tupakoinnin ehkäisyssä (VANTU)</i>	113
<i>No Smoke - Savuttomuutta toisen asteen oppilaitoksiin</i>	114
<i>Tehoa tupakasta vieroitukseen terveydenhuollossa</i>	115
<i>Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli</i>	116
<i>Preventiimi - nuorisotoimialan ehkäisevän päihdetyön kehittäjä</i>	117
<i>Neliveto vai etukeno? Alkoholihanke ammattikorkeakoululaisille</i>	118
<i>HUUGO-projekti – alkoholinkäyttö on koko työyhteisön asia</i>	119
<i>Kännikapina</i>	120
TYÖTTÖMIEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN 121	
<i>Toimivat terveyspalvelut työttömille</i>	121
<i>Koulutusinterventio työttömän henkilön terveyden edistämisen välineenä</i>	122

<i>Työttömän työnhakijan terveystarkastus perusterveydenhuollossa</i>	123
<i>Palveluohjauksellinen työote terveysalan ammattilaisen työssä</i>	124
MUUT 125	
<i>Ympäristö ja kansanterveys</i>	125
<i>Terveysvaikutusten arviointi, mallina kestävän kehityksen arviointimittaristo</i>	126
<i>Kustannusvertailut päätöksenteossa</i>	127
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiointin esteettömyyden laatuluokitus</i>	128
<i>Sosiaaliset yritykset hyvinvointipalvelujen tuottajina</i>	129
<i>Sydänmerkkiateria tekee terveelliset lounasvalinnat helpoiksi</i>	130
<i>Liikuntavammojen ehkäisy</i>	132
<i>Miten pysyisimme pystyssä? -kampanja</i>	132
<i>Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta Suomessa</i>	133
TEE EHDOTUS TERVE SOS -PALKINNON SAAJASTA	134
TULEVIA VALTAKUNNALLISIA KOULUTUSTILAISUUKSIA	135

ESITELMÄT

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma – rakenteet keskiössä

Maija Perho, ohjelmajohtaja
Sosiaali- ja terveysministeriö
etunimi.sukunimi@stm.fi

Hallitusohjelman mukaan politiikkaohjelmassa on kiinnitettävä huomiota terveyden edistämisen rakenteiden kehittämiseen. Selkeitä rakenteita ja vastuusuhteita tarvitaan halutaanpa sitten vaikuttaa kansansairauksien ehkäisyyn, lasten ja nuorten hyvinvointiin ja terveyteen, työssä jaksamiseen tai fyysisen ympäristön terveellisyyteen.

Terveyden edistäminen ei kuulu vain terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluista vastaaville tahoille, vaan se on poikkihallinnollista toimintaa. Tämä on terveyden edistämisen politiikkaohjelman toiminnallinen lähtökohta. Terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisemiseen vaikutetaan pääasiassa muilla keinoin kuin terveystalveilla.

Politiikkaohjelman keskeinen tehtävä on edesauttaa ja vahvistaa terveysnäkökohtien ottamista huomioon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä – niin valtion-, alue- ja paikallishallinnossa – sekä elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja yksilötasolla.

Kansanterveyden neuvottelukunta on ollut foorumi, jossa on edustettuna eri ministeriöt sekä järjestöt. Neuvottelukunnan työ on luonut pohjaa terveyden edistämisen poikkihallinnollisen luonteen ymmärtämiselle, jota nyt politiikkaohjelma toivon mukaan onnistuu sekä syventämään että laajentamaan. Kansanterveys 2015-ohjelman tavoitteet mm. alkoholinkäytön, tupakoinnin ja ylipainon vähentämisestä ovat edelleen tärkeitä tavoitteita. Kansanterveyslain 14§ puolestaan edellyttää kunnan seuraavan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtivan *terveysnäkökohtien huomioon ottamista kunnan kaikissa toiminnoissa* sekä tekevän yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Kunnissa tehtävän terveyden edistämisen tueksi vuonna 2006 valmistui terveyden edistämisen laatusuositus, joka tähtää mm. siihen, että kunnan sisällyttäisivät terveyden edistämistä koskevat tavoitteet ja niiden seurannan osaksi kuntastrategiaansa, kuntasuunnitelmaansa ja/talous- ja toimintasuunnitelmaansa. Terveyden edistämisen toteutus kunnissa ja alueellisesti edellyttää joka tapauksessa toimivia rakenteita ja käytäntöjä. Taustatueksi tarvitaan velvoittava ja vastuusuhteet määrittävä lainsäädäntö, kattava tietopohja, johtamisjärjestelmä ja osaavat henkilöstöresurssit.

Uusi terveydenhuoltolaki ja Paras-hanke

Politiikkaohjelman keskeisimmät strategiset painotukset ovat seuraavat:

- terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen omaksuminen eri päätöksentekotasolla ja terveyttä edistävän tiedon levittäminen
- terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen uudistettavassa lainsäädäntötyössä ja kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä
- olemassa olevan tiedon, parhaiden käytäntöjen ja tuloksellisimpien hankkeiden kokoaminen, tuoteistaminen, levittäminen ja juurruttaminen, avainhenkilöiden kouluttaminen
- osaamisen vahvistaminen.

Ohjelmassa todetaan, että terveyden edistämisen hallinnollinen sijoittaminen ja status uusissa rakenteissa on ratkaistava uudessa, erikoissairaanhoidon ja kansanterveyslain yhdistävässä terveydenhuoltolaissa sekä Paras-hankkeen sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan säädösvalmistelun yhteydessä ja tarpeen mukaan kuntalakiä uudistamalla.

Mikäli kuntalakiin saataisiin velvoite, jonka mukaan kuntien tulee sisällyttää kuntastrategiaan hyvinvointia ja terveyttä edistävät tavoitteet ja niiden seuranta, viestitettäisiin vielä nykyistä selvemmin kuntien korkeimmalle luottamushenkilö- ja virkamiesjohdolle sen vastuuta ja poikkihallinnollisen sitoutumisen merkitystä. Terveyden edistämisen johtamisen kannalta ihanteellisin ratkaisu olisi se, että terveyden edistämisen yksikkö, työryhmä tms. olisi kunnan johdon tukiyksikkö tai kunnan johtoryhmä terveyden edistämisen vastuutahon esittelystä käsitelisi määrääjain keskeiset kehittämislinjaukset. Ohjelmassa em. tavoite on kirjattu seuraavasti: *Terveyden edistämiseksi suositetaan, että kaikissa kunnissa asetettaisiin hyvinvointia ja terveyttä koskevat strategiset tavoitteet ja terveyden edistämisen johtaminen kytkettäisiin olennaiseksi osaksi kunnan johtamisjärjestelmää.*

Selkeintä terveyden edistämisen vastuiden määrittely on peruskunnissa. Kysymys on tahdosta ja sen oivaltamisesta, että johdonmukainen ja määrätietoinen terveyden edistäminen, ennaltaehkäisevä työ sekä varhaisen puuttumisen toimintamalli ovat osavastauksia kustannusten hillinnän ja työvoiman vaikeutuvan saannin kysymyksiin. Haasteellisempi tilanne on yhteistoiminta-alueilla, kuntayhtymissä ja isäntäkunta-malleissa ja erityisesti tilanteissa, joissa palvelukokonaisuus muodostuu eri tahoilta – naapurikunnista, yksityiseltä palveluntuottajalta, järjestöiltä ym. hankittavista palveluista.

Yhteistoimintamallissa on sovittava kuntayhtymän tai muun alueellisen organisaation terveyden edistämisen vastuuhenkilöiden ja jäsenkuntien selkeästi määritellystä yhteistyöstä. On luotava rakenteet ja pelisäännöt sille, miten peruskunnan liikuntatoimesta, maankäytöstä ja rakentamisesta. liikenteestä, kevyen liikenteen väylistä, koulutoimesta jne. vastaavat tahot osaltaan sitoutuvat ja yhteistyössä suunnittelevat terveyttä edistävien toimien kokonaisuuden. Myös järjestöyhteistyö vaatii omat selkeät toimintakanavat. On tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydet kunnan muuhun toimintaan eivät katkea.

Isäntäkuntamallissa tilaajakunnan vastuulla on huolehtia, että terveyden edistäminen ei hajoa ja pirstoudu, pahimmillaan näivety.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan puitelain 6§ määrittää laajan väestöpohjan kuntayhtymän (sairaanhoitopiiri) uudeksi tehtäväksi terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämisen tukemisen. Nämä velvoitteet tulee terveydenhuoltolaissa täsmentää ja määritellä selkeä työnjako perusterveydenhuollon/peruskuntien ja kuntayhtymän välillä, jotta terveyden edistämistä ei ”ulkoisteta”. Sairaanhoitopiiri voi antaa tärkeää erityisosaamistaan jäsenkunnilleen, tuottaa tietoa ja huolehtia myös siitä, että erikoissairaanhoidon yhteydessä terveyden edistämiseen liittyvät kysymykset ja ohjaus ovat vahvasti mukana.

Käytäntöjen ja ratkaisumallien yleisesittely ja keskusteluun johdattelu

Kerttu Perttilä, kehittämisspäälikkö
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Terveyden edistämisen kunnassa tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden sairauksien ja terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Panostaminen terveyden edistämiseen on tietoista voimavarojen suuntaamista niihin tehtäviin, joilla on vaikutusta kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Tehtävät ovat erilaisia eri hallinnonaloilla ja -tasoilla. Kunnan johdossa ne ovat hyvinvointistrategista suunnittelua ja terveyttä tukevien rakenteiden ja johtamiskäytäntöjen vahvistamista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa terveyttä edistävät tehtävät painottuvat ehkäisevän työn hyviin käytäntöihin. Muilla hallinnonaloilla terveyttä edistävät tuotokset syntyvät oman toiminnan 'sivutuotteina', erityisesti silloin kun suunnittelussa ja päätöksenteossa otetaan terveysnäkökohdat huomioon, esimerkkejä työllisyystilanteen ja koulutusmahdollisuuksien parantaminen, liikenneturvallisuuden lisääminen, kouluviihtyvyyden parantaminen ja oppimisvaikeuksien vähentäminen tai harrastamisen tasapuolinen mahdollistaminen.

Päätöksenteon ja johtamisen sitoutuminen terveyttä edistävään ajatteluun näkyy kuntastrategiaan ja toiminta- ja taloussuunnitelmaan kirjatusta tavoitteista, niihin osoitetuista voimavaroista, seurannan ja arvioinnin systemaattisuudesta sekä terveyden edistämisen johtamisen käytännöistä. Palvelujärjestelmässä terveyden edistämisen tärkeys näkyy eri toimialojen perustyössä, ehkäisevän työn resursoinnissa, terveysnäkökohtien huomioon ottamisessa kaikkien hallinnon alojen päätöksiä tehtäessä ja yhteistyössä silloin kun tarvitaan voimavarojen yhdistämistä.

Kunnissa terveyttä edistävä työ käynnistyy usein pohdinnasta, miten palvelujärjestelmää tulisi kehittää, jotta se vastaisi parhaiten kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin ja/tai miten pitkällä aikavälillä alati kasvavaa hoitopalvelujen tarvetta voitaisiin vähentää, jotta kunnan voimavarat riittäisivät tarvittavien palvelujen järjestämiseen.

Lähtökohdat

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin vahvistaminen tulisi kunnassa nähdä *investointina, ei kustannuksina*. Investoinnin tuotto syntyy vuosikymmenien kuluessa ja vaikutukset ulottuvat useiden vuosikymmenien ajalle. Tulokset ovat osoitettavissa pitkällä aikavälillä uusiutuvana työvoimana ja hyvinvointipalvelujen, hoidon ja korjaavan työn tarpeen vähenemisenä. Kun lapsiin ja nuoriin sijoitettujen investointien tuotto-odotukset realisoituvat ehkä vasta vuosien ja vuosikymmenien kuluessa, on päättäjien epäröivä sitoutuminen ymmärrettävääkin. Jos lapsiin ja nuoriin sijoitetut voimavarat tuottavat mitattavaa hyvinvointia vasta uusien päättäjien astuessa vastuullisiksi, sijoittaminen lasten ja nuorten hyvinvointiin voi olla vaikeaa. 'Pahimmassa tapauksessahan' hyöty saattaa siirtyä naapurikuntaan, jos perheillä on hyvinvointitilanteen parantuessa tapana muuttaa naapurikuntaan esimerkiksi parempien asumisolosuhteiden vuoksi.

Lasten ja nuorten hyvinvointi tai sen vaje ilmenevät monella tavalla. Usein käytettyjä indikaattoreita ovat perherakenne (lapsiperheet ja yksinhuoltajaperheet), lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tarve arvioituna lääkkeiden ja palvelujen käytöllä, kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten lukumäärä, koulukiusaamisen kokemukset, päihteiden käyttö, koulupoissaolot ja koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten määrä. Mitä nämä tiedot kertovat? Usein yksikin indikaattori kertoo kasaantuneista vaikeuksista; toimeentulon vajeesta, koulutuksen puutteesta, perheen mielenterveys- tai päihdeongelmista,

vanhemmuuden avuttomuudesta ja vaikeudesta, laiminlyönneistä ja väkivallasta, työttömyydestä, sairaudesta ja tukiverkoston puutteesta.

Ehkäisevien palvelujen käyttöä kuvaavat tunnusluvut osoittavat viime vuosina palvelujen käytön vähentyneen esimerkiksi kouluterveydenhuollossa, oppilashuollossa, neuvoloissa tai perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä. Syynä ei ole palvelujen tarpeen väheneminen vaan useimmiten palvelujen tarjonnan vähentyminen voimavarojen puutteessa tai priorisoinnin muuttuessa.

Lasten ja nuorten palvelut jakaantuvat useille hallinnonaloille ja koostuvat monien ammattiryhmien tehtävistä ja osaamisesta. Lasten ja nuorten palveluja tarjoavat muun muassa;

- terveydenhuollossa äitiys- ja lastenneuvola ja avosairaanhoido
- sosiaalitoimessa varhaiskasvatus ja lastensuojelu
- koulussa opetustoimi, kouluterveydenhuolto ja oppilas-/opiskelijahuolto
- vapaa-aikatoimessa nuorisotyö ja harrastustoiminnasta vastuussa olevat
- erikoissairaanhoidossa erikoislääkärit (esim. lasten- ja nuorisopsykiatrit ja lastenlääkärit) ja terapeutit (esim. puhe-, toiminta- ja fysioterapeutit) sekä
- rakennetusta ympäristöstä vastuussa olevat tekninen- ja ympäristötoimi

Jokainen ammattiryhmä tarkastelee lasten ja nuorten hyvinvointia oman professionsa, oman 'siilonsa' näkökulmasta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta olennainen kysymys on, *miten siirtyä sektorikohtaisista palveluista lapsiperheiden palveluihin, niin että palveluja tarjottaessa eri ammattiryhmien osaaminen yhdistyy lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen tarpeen mukaan.* Miten vahvistetaan lapsiperheiden hyvinvoinnin tukemista hoidon ja korjaavien palvelujen sijaan? Toimintakenttä laajenee (hoito)palveluista lasten, nuorten ja lapsiperheiden *kehitysympäristöksi* ja siinä tarjottavaksi tueksi. Lasten ja nuorten *kehitysympäristöön* kuuluu mm. koti ja perhe, varhaiskasvatus, koulu, harrastusympäristöt, media ja fyysinen kasvuympäristö (piha, katu, leikkikaverit jne.). Tärkeä kysymys on, miten tätä kokonaisuutta vahvistetaan lasten, nuorten ja lapsiperheiden tarpeiden kannalta suotuisasti erilaisissa kunta- ja palvelurakenteissa?

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteista kunnassa

Jotta lasten ja nuorten hyvinvoinnin vahvistaminen kehitysympäristössä ja hoitopalveluissa toteutuisi, tiettyjen rakenteellisten tekijöiden olisi oltava kunnassa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteellisia kysymyksiä ovat mm. seuraavat:

1. Kunnassa/alueella on toimiva hyvinvoinnin tietojärjestelmä (johdon tietojärjestelmä), joka tuottaa tietoa suunnittelun ja seurannan tarpeisiin;
2. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet on kirjattu kuntastrategiaan, konkretisoitu kunnan eri hallinnonalojen toiminnan ja talouden suunnitelmiin ja tavoitteiden toteuttamiseen on osoitettu voimavarat;
3. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuut on määritelty, johtamisjärjestelmä tukee hallinnonalat ylittäviä tehtäviä ja toimeenpanoprosesseja ja toiminnan koordinoinnista on sovittu;
4. hyvinvointia ja terveyttä edistävästä hyvistä käytännöistä muodostuu yhteiset toimintakäytännöt ja eri hallinnonalojen välinen yhteistyö on joustavasti tehtävien mukaan järjestettävissä;
5. voimavaroista - henkilöstön riittävyydestä ja osaamisesta - on huolehdittu ja
6. kunnassa on käytössä yhteisesti hyväksytyt toiminnan ja vaikuttavuuden seuranta- ja arviointikäytännöt.

Toteutus

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen ja hyvien käytäntöjen tunnetuksi tekeminen käynnistyy kunnissa eri tavoin, erilaisista kehittämistarpeista lähtien. Tärkeä lähtökohta on *tiedon tarve*. Päättäjien tulee tietää miten heidän kunnassaan lapset, nuoret ja lapsiperheet voivat. Kuntapäättäjillä on käytettävissään runsaasti erilaista tutkimus- ja tilastotietoa, mutta systemaattista seurantajärjestelmää varten tarvitaan johdon tietojärjestelmä, joka tuottaa seuranta- ja arviointitietoa helposti luettavassa ja tulkittavassa muodossa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palvelujärjestelmän toimivuudesta ja taloudesta.

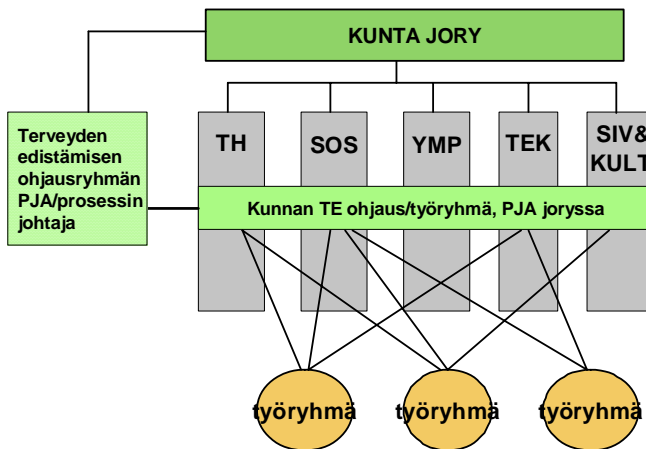
Terveys- ja hyvinvointitiedon tuottaminen kannattaa organisoida useiden kuntien kanssa alueellisesti yhdessä, esimerkiksi sairaanhoitopiirissä tai maakuntahallinnossa. Valtakunnallista ja kuntakohtaista vertailutietoa väestöstä, kunnallistaloudesta, perheistä, asumisesta, sairastavuudesta, lääkkeiden käytöstä, kuolleisuudesta, palvelujen käytöstä ja terveydenhuollon laitos- ja avohoidosta saa Stakesin SotkaNet verkkopalvelusta (<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/sotkanet/index.htm>). Toimipaikkakohtaista tietoa palvelujen käytöstä ja palvelujen sisällöstä, johtamisesta ja toiminnan organisoinnista tulee kerätä toimipaikoittain yhteiseen rekisteriin (tietosisällöistä ja vertaistiedon analyysistä meneillään Stakesin kehittämishanke, TedBM).

Laajasta tietopohjasta on tarpeen kunnassa/alueella koota eri hallinnonalojen asiantuntijoiden yhteinen näkemys. Kunnanvaltuusto ja -hallitus tarvitsevat strategisen suunnittelun taustaineistoksi *hyvinvointikertomuksen*, joka valmistellaan kunnanhallituksen toimeksiannosta kerran valtuustokaudessa laajempaan ja vuosittain tilinpäätöksen yhteyteen liitettävänä suppeampana asiakirjana. Kertomuksen valmisteluprosessissa kehitetään kunnan ja eri hallinnonalojen yhteiset hyvinvoinnin seurantaindikaattorit, jotka valtuusto hyväksyy toiminta- ja taloussuunnitelman yhteydessä. Esimerkkejä hyvinvointikertomuksen valmisteluprosessista ja kertomuksista löytyy Stakesin Raportteja 4/2007 tai osoitteesta <http://info.stakes.fi/hyvinvointikertomus/FI/index.htm>

Terveyden edistämisen tavoitteet voivat toteutua vain jos ne nähdään kunnan toiminnassa strategisesti tärkeiksi. Kunnan valtuusto hyväksyy toimintansa *painoalueet kuntastrategiassa* sekä toiminnan ja talouden suunnitelmassa ja osoittaa toiminnalle voimavarat talousarviossaan. Terveyttä edistävien tavoitteiden tulee sisältyä kuntastrategiaan. Tavoitteiden toteutuminen (esim. lapsiperheiden syrjäytymisen ehkäisy ja varhainen puuttuminen) edellyttää *sitoutumista* useilta hallinnonaloilta. Hallinnonalat ylittävä työ tarvitsee myös *johtamista*.

Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä määritellään kunnanhallituksessa. Ylin vastuu kuuluu kunnan johdolle, jolloin kunnan johtoryhmä toimii myös terveyden edistämisen johtoryhmänä. Joku johtoryhmän jäsenistä (esim. perusturvajohtaja) nimetään operatiiviseksi johtajaksi, joka vastaa asioiden valmistelusta, esittelystä ja toimeenpanon seurannasta. Asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten tarvitaan poikkihallinnollinen terveyden edistämisen ohjausryhmä, joka koostuu eri hallinnonalojen vastuuhenkilöistä/toimialajohtajista ja tarvittaessa muista toimijoista. Puheenjohtajana toimii johtoryhmän nimeämä vastuuhenkilö. Ohjausryhmän tehtävänä on ohjata hyvinvointikertomuksen valmistelua, seurata väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitystä ja välittää siitä tietoa, koordinoita terveyden edistämisen poikkihallinnollista toimintaa, valmistella terveyden edistämisen asiat johtoryhmälle, vastata terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisesta sekä nimetä ja ohjata sektoreiden välistä yhteistyötä. Suuremmissa kunnissa ja kuntayhtymissä tarvitaan terveyden edistämisen koordinaattori tai suunnittelija, joka toimii ohjausryhmän sihteerinä. Pienemmissä kunnissa ohjausryhmä koordinoi toimintaa ja jakaa

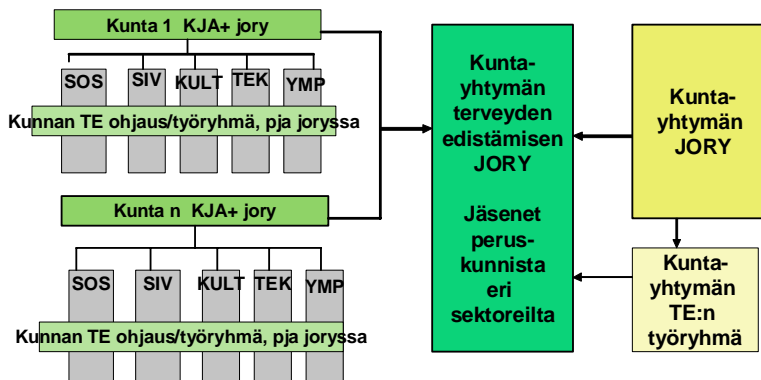
tehtäviä jäsenten kesken. Kunnan terveyden edistämisen johtamisjärjestelmää kuvataan kuviossa 1.



Kuvio 1: Terveysten edistämisen johtamisjärjestelmä kunnassa.

Palvelurakennemuutoksen myötä syntyvillä yhteistoiminta-alueilla terveyden edistämisen vastuu kuuluu luontevasti yhteistoiminta-alueen johtoryhmälle. Johtoryhmän tueksi tarvitaan terveyden edistämisen johtoryhmä/ohjausryhmä, johon jäseniksi kutsutaan peruskuntien johtoryhmien jäseniä (miehellään niin että ohjausryhmä koostuu eri hallinnonalojen asiantuntijoista). Terveysten edistämisen johtoryhmän tehtävänä on valmistella yhteistoiminta-alueiden kuntien yhteinen hyvinvointistrategia tai terveyden edistämisen suunnitelma, jonka on oltava sopusoinnussa peruskuntien kuntastrategioiden kanssa. Terveysten edistämisen johtoryhmän tehtävänä on seurata alueen väestön hyvinvointia ja terveydentilan muutoksia, arvioida palvelujen tarvetta ja yhteen sovittaa toimintasuunnitelman mukaiset tehtävät peruskuntien eri hallinnonalojen kanssa. Terveysten edistämisen johtoryhmä kokoontuu pari kertaa vuodessa, tarpeen mukaan useammin.

Kuntayhtymien terveyden edistämisen johtamisjärjestelmää kuvataan kuviossa 2.



Kuvio 2. Terveysten edistämisen johtamisjärjestelmä kuntayhtymässä.

Peruskunnissa terveyden edistämisen organisoinnista sovitaan toiminta- ja taloussuunnitelman toimeenpanoa käsittelevässä terveyden edistämisen ohjausryhmässä, jolloin eri toimialojen vastuuhenkilöt arvioivat yhdessä, millaisin keinoin ja millaisilla voimavaroilla asetetut tavoitteet kyetään saavuttamaan. Olennaista on arvioida henkilöstön riittävyys, osaaminen ja yhteistyön muodot, millaisilla 'joukkueilla' terveyttä edistävää työtä tehdään kunnassa. Yhteisiin tavoitteisiin tähtäävät tehtävät hyväksytään yhteisiksi toimintakäytännöiksi, joiden hallinta varmistetaan koulutuksella.

Palvelurakenne uudistuksen myötä kunnat ovat suunnitelleet ratkaisevansa monia peruspalveluihin kuuluvia tehtäviä ns. *isäntäkuntamallin* mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tietyt tehtävät sovitaan yhden kunnan hoidettavaksi ja tehtävien hoitamista varten perustetaan alueen yhteinen toimielin, lautakunta, johtokunta tai toimikunta. Mikäli kuntien välille syntyy useita isäntäkuntakäytäntöjä, se tulee vaikeuttamaan ja monimutkaistamaan lasten, nuorten ja perheiden tarpeista lähtevää, kehitysympäristöissä annettavaa hyvinvointitukea ja palvelujen järjestämistä. Jos esimerkiksi kuntien lastensuojelu tai oppilas- ja opiskeluhuolto tai ehkäisevä päihdetyö sovittaisiin järjestettäväksi isäntäkuntaperiaatteella, peruskuntien perheen tarpeista lähtevä hyvinvointituen järjestäminen sektoroituisi entisestään. Miten uuden lastensuojelulain mukaiset ehkäisevän työn suunnitelmat tällöin yhteen sovittetaan kirjavissa käytännöissä ja miten riittävästä tiedon välityksestä kyetään pitämään huolta? Palvelurakennemuutoksissa tulisi tehokkuusvaatimusten lisäksi muistaa koko ajan kuntalaisten hyvinvointitarpeet ja palvelujen kokonaisvaltaisuus.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen saralla on paljon tehtävää ja siihen on tarpeen panostaa. Suuria tulevaisuuden haasteita ovat hyvinvointitarpeiden analyysi, toiminnan tuotteistaminen, toimintakäytäntöjen/hyvien käytäntöjen kuvaaminen, johtamisjärjestelmän selkiyttäminen sekä toiminnan vaikuttavuuden arvioiminen.

Lähteet:

Perttilä Kerttu ja Uusitalo Minna (toim.) 2007. Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO -hankkeen väliraportti 2003–2005. Stakes. Raportteja 4/2007.

Perttilä Kerttu 2007. Terveyden edistäminen tarvitsee rakenteita - Parasta painottaen. EST Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lehti. Nro 2/2007.

Vastuu ja rakenteet – strategiat, johtaminen, resurssit ja seuranta

Erkki Kukkonen, kaupunginjohtaja & Kaarina Wilskman, valtuuston puheenjohtaja
Järvenpään kaupunki
etunimi.sukunimi@jarvenpaa.fi

On olemassa monenlaisia polkuja, joita pitkin terveyden edistäminen voi löytää tiensä kunnan strategiaan. Kuvaamme Järvenpään useita samanaikaisia polkuja, joiden kohtaaminen johti siihen, että kaupungissa on menossa pilottihanke nimeltä Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi -prosessi ja sen johtaminen.

Strategia- ja ohjelmatyö perustana

Polku 1. Kaupungin strategia uudistettiin valtuustokauden ensimmäisenä vuonna 2005. Vaikuttavuutta ja palvelukykyä tarkasteltaessa kriittiseksi menestystekijäksi määriteltiin: Järvenpää mahdollistaa hyvän elämänlaadun. Sen osa-alueita ovat:

Kaupunkilaisten hyvinvoinnin edellytykset; arviointikriteerinä hyvinvointianalyysi Kuuma-kunnissa (Järvenpää, Kerava, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Tuusula) sekä ennaltaehkäisyyn tähtäävän toimenpidesuunnitelman laatiminen ja toimenpiteiden käynnistys.

Lasten ja nuorten turvallisuus ja hyvinvointi; arviointikriteerinä toimenpidesuunnitelman laatiminen ja toimenpiteiden käynnistyminen.

Lisäksi Asuminen viihtyisässä ja turvallisessa kaupunkiympäristössä ja Keskustan kehittäminen. Näihin on sovittu seurattavat kehitysindikaattorit, joista raportoidaan kerran vuodessa valtuustolle osana johdon raporttia.

Polku 2. Kaupungissa on tehty laaja-alaista ohjelmatyötä: Yhdessä elämään ja Kasvatus tulevaisuuteen -projektit (2001–2005) sekä Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma (2004), jonka laatimisessa olivat mukana vanhemmat, järjestöt, luottamushenkilöt ja ammattilaiset. Ohjelmalla on edelleen seurantaryhmä.

Johtamisessa "huolen harmaa vyöhyke"

Polku 3. Kaupungin toimintaa arvioitaessa havaittiin "huolen harmaa vyöhyke". Aloimme kiinnittää huomiota jatkuvasti kasvaviin lastensuojelun kustannuksiin sekä lisääntyvään lasten- ja nuorisopsykiatrisen avun tarpeeseen. Henkilöstön työhyvinvoinnissa ei ollut dramaattisia ongelmia, mutta ilmassa alkoi olla heikkoja signaaleja, jotka ilmenivät monin tavoin. Keskiössä olivat odotukset esimiestyöskentelyn kehittämiseen ja toiminnan sujuvuuden ongelmat. Pääsimme mukaan TYKESin rahoittamaan johtamisjärjestelmän kehittämishankkeeseen vuosiksi 2005–2007. Ulkopuolista rahoitusta on saatu myös lääninhallituksen hankerahoituksena.

Edellä kuvatut polut kohtasivat vuonna 2005, kun Johtamisjärjestelmän kehittämishankkeen toiseksi pilottiprojektiksi valittiin Lasten, nuorten ja perheiden palvelut. Hankkeen ohjausryhmässä on mukana kaupungin johtoryhmä ja kaksi kaupunginhallituksen nimeämää edustajaa: hallituksen ja valtuuston puheenjohtajat. Keskeisinä toimijoina ovat olleet osastopäällikkö Jouko Ranta (lasten ja perheiden palvelut) sosiaali- ja terveystoimesta ja opetuspäällikkö Seppo Rantanen sivistystoimesta. Työssä on mukana ulkopuolinen konsultti sekä prosessijohtamisen osalta että työn substanssin osalta.

Ongelmana seurantajärjestelmien kehittymättömyys

Työn taustaksi tehtiin selvitys silloisesta nykytilasta. Käytössä oli Kuuma-kuntien yhteistyössä teettämä tutkimusraportti Hyvinvointi, palvelut ja elämänlaatu KUUMA-kunnissa (Sosiaaliturvan Keskusliitto 2005). Vuonna 2006 valmistui selvitys KUUMA-kuntien nuorten hyvinvointipalveluista ja työllisyyden edistämisestä. Järvenpääläisten sosiaaliekonomisesta tilasta ja hyvinvoinnista kertoo myös Sosiaalitalo Oy:n selvitys vuodelta 2007.

Kuntakohtaisen tilanteen tarkastelussa havaittiin, että tietojärjestelmät eivät tukenet sektorirajat ylittävää näkökulmaa. Seuranta noudattaa linjaorganisaatiota eikä tuota tarvittavaa tietoa asiakasnäkökulmasta. Toimintaa ja suunnittelua ohjaavien tietojen saaminen yhtenäiseen muotoon oli todella hankalaa ja tiedot oli kerättävä käsin. Seuranta kohdistui pääosin talouteen ja suoritteisiin. Opetuksen osalta oli käytettävissä pääosin hallinnollista tietoa. Sosiaali- ja terveystoimi oli yhdistetty kauan sitten ja toiminta on yhteistä, mutta tiedot olivat erillään. Oli pohdittava ja pohditaan edelleen, mitä on lapsiperheen hyvinvoinnin seuranta ja mitä on vaikuttavuuden seuranta. Vertailutiedon saaminen oli hankalaa verrokkikuntiin nähden, koska käsitelmäärityt ja tietojen tallennukset vaihtelevat kunnittain.

Tarkastelutapa havainnollisti kuitenkin sen, että resurssit ohjautuvat kohtuuttomasti ongelmien hoitoon. Tuli myös selvästi esiin, että käytössä oleva linjaorganisaatio taipuu huonosti asiakkaan palvelujen näkökulmaan. Tieto ei kulje, palveluprosesseissa on katkoksia ja tapahtuu toiminnan osaoptimointia.

Tavoitteena lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiprosessi

Selvityksen pohjalta ohjausryhmässä nimettiin 23 kehittämishaastetta (31.3.2006). Hankkeessa päädyttiin tarkastelemaan ja kehittämään palveluita asiakkaan kannalta prosessina. Siitä muodostettiin ydinprosessi, joka prosessina tulee voimaan 2009 alusta. Sille luodaan seuranta- ja johtamisjärjestelmä ja määritellään aliprosessit. Tavoitteena on

palveluprosessin parantaminen, työhyvinvoinnin parantaminen ja näiden kautta terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja asiakasnäkökulman vahvistaminen.

Kaupunginhallitus teki päätöksen pilotin kehittämisestä ajalla 1.10.2006 – 31.12.2007. Kaupunginjohtajan päätöksellä sosiaali- ja terveystoimen osastopäällikkö nimettiin projektivastaavaksi (oto). Hän on toimialoista riippumaton ja suoraan kaupunginjohtajalle vastuullinen. Raportointivastuu osoitettiin kaupunginjohtajalle, kaupungin johtoryhmälle ja johtamisjärjestelmä -hankkeen (Tykes) ohjausryhmälle. Työ jatkuu valtuuston marraskuussa 2007 hyväksymän talous- ja toimintasuunnitelman mukaisesti.

Toiminnan painopistettä päätettiin siirtää ennaltaehkäisevään toimintaan ja varhaiseen puuttumiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen nähdään osana perustyötä. Sitä ei vastuuteta keskitetysti vaan sen pitäisi olla kaikkien toimintaa.

Asiakkaana nähdään pienen lapsen perhe (-9kk–2 vuotta), leikki-ikäisen perhe (3–5 vuotta), kouluun lähtijän perhe (6–7 vuotta), koululaisen perhe (8–12 vuotta), murrosikäisen lapsen perhe (13–18 vuotta) ja aikuistuvan nuoren perhe (18–25 vuotta). Prosessin kehittäminen on suunniteltu ja vaiheistettu vuoteen 2013 asti.

Johtamisella pidettävä langat käsissä

Lapsiperheiden terveyden edistäminen edellyttää osaamisen kehittämistä usealla eri alueella. Työtä ollaan muuttamassa yksilötyöstä perhetyöksi, jota toteutetaan monen toimialan yhteistyönä. Työn painopistettä siirretään terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Jokaisen perinteinen perustehtävä muuttuu, samoin johtamisvaatimukset. Suunnittelua ja kehittämistä varten on irrotettu arkityöstä pienryhmiä ja esimerkiksi osastonhoitaja joksikin aikaa.

Toimintatapojen muutos on vaatinut kouluttautumista toisaalta työn sisällön osalta ja toisaalta prosessimaisen työskentelyn kannalta. Koulutusta on tapahtunut hankkeen edetessä koko ajan, mutta kaikkia henkilöstöryhmiä ja luottamushenkilöitä koskeva koulutussuunnitelma valmistuu 31.5.2008.

Järvenpää on liittynyt mukaan sellaisiin valtakunnallisiin hankkeisiin, joista saadaan osaamista ja apua uudenlaiseen työskentelyyn, esimerkiksi Varhainen puuttuminen (Varpu) ja Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän kehittäminen (TedBM). Neuvolatoimintaa kehitetään valtakunnallisen Perhe-hankkeen mukaisesti hyvinvointineuvolaksi ja se alkaa 2009. Se tulee olemaan osa perhekeskustoimintamallia. Olemme mukana Kansallisessa väkivallan vähentämisen hankkeessa pilottikaupunkina ja toimimme isäntäkuntana Lapsuuden hyvinvoinnin kehittämishankkeessa (Sosiaalitaito ja 15 kuntaa). Paljonko on paljon -hankkeessa on tehty esiselvitys sosiaalipalvelujen taloudesta ja vaikuttavuudesta. Koulutussäätiön Cooper-hankkeessa on kehitetty tiedonsiirtolomaketta nivelvaihetta varten, kun siirrytään perusopetuksesta toiselle asteelle. Hyvä olo -projektilla on tuettu 5–6 -luokkalaisten vanhempien tapaamista ja Päihteettömyyttä edistävän lähiyhteisö -hankkeen avulla on pyritty vähentämään nuorten alkoholin käyttöä ja kokeiluja.

Hankkeiden avulla on saatu paljon uutta osaamista, mutta liian moni asia on toteutettu eri hankkeilla. Jatkossa niitä on koordinoitava keskitetysti.

Uuteen toimintatapaan ei voida siirtyä, elleivät kaupungin omat toimintaedellytyksiä luovat tukipalvelut ole kunnossa. Prosessimainen ajattelutapa pyritään viemään nyt uudistettavaan talous- ja tietohallintojärjestelmiin. Sama koskee asiakastietojärjestelmiä.

Resursseja on suunnattava uudelleen

Resursseja on suunnattu uudelleen. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden työpareiksi on palkattu kaksi perhevalmentajaa. Kokeiluluontoisena aloitettu intensiiviperhetyö on vakainaistettu. Siinä on mukana kaksi sosiaalityöntekijää. Vuonna 2008 aloittaa lapsiperheiden tueksi

palkattava kodinhoitaja. Perhetyöhön mukaan tulevia sosiaalityöntekijöitä aloittaa kaksi vuonna 2008. Kouluavustajien määrää on lisätty ja pitkään olleita vakinaistettu. Koulukuraattoreita on palkattu lisää yksi, työtä on organisoitu uudella tavalla ja ulotettu myös alakouluihin. Järvenpää perustaa uuden vastaanottoyksikön, johon palkataan 8 työntekijää. Yksikön tehtävänä on ehkäistä huostaanottoja perheitä tukemalla. Nuorisoneuvolan työtä on kehitetty nyt aluksi nykyresursseilla.

Toiminnan painopiste on tähän asti ollut lähinnä sosiaali- ja terveystoimen ja opetustoimen sisällä ja välillä. Jatkossa myös muiden toimialojen merkitys vahvistuu. Seuraavaksi on mukaan tulossa tekninen toimi ja sieltä nimenomaan liikunta.

Strategiaa uudistetaan

Ohjelmatyö jatkuu. Vuoden 2008 aikana tehdään lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointisuunnitelma. Se sisältää myös mm. seksuaaliterveyden suunnitelman. Työ on käynnistymässä myös Varhaiskasvatuksen suunnitelman osalta. Toisen asteen oppilasterveydenhuollon tarpeista ja tilanteesta tehdään selvitys. Vähitellen käynnistetään myös koko kaupungin Terveiden edistämisen suunnitelmatyö.

Kaupunginvaltuustolle valmistellaan maaliskuuksi esitystä, jonka mukaan kaupunki siirtyy toiminnassaan prosessijohtamiseen vuonna 2013. Tätä siirtymävaihetta varten johtamisjärjestelmään tehdään tarvittavat muutokset jo 2009 alusta. Kaupungin strategiatyötä uudistetaan samaan aikaan. Terveiden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen tulevat olemaan edelleen mukana.

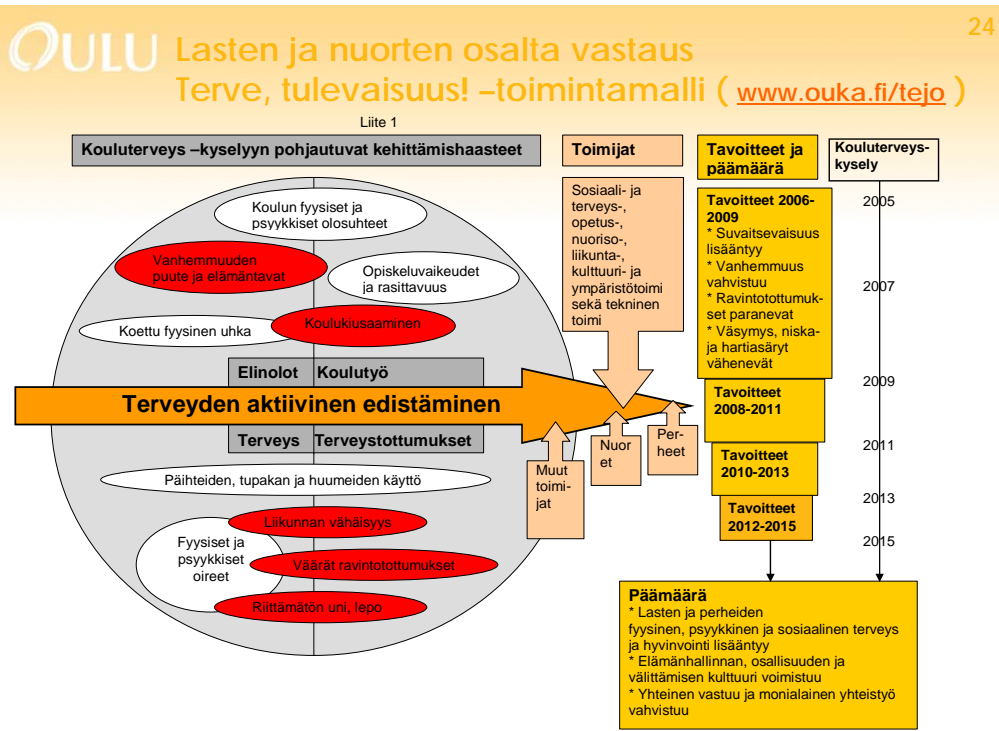
Isot muutokset eivät toteudu lineaarisesti ja tasaisesti edeten vaan mukana on myös etsimistä ja "poukkoilua", onnistumisia ja epäonnistumisia, pelkoa ja voittoja. Yksi voitto on se, että työhyvinvointitutkimuksessa syksyllä 2007 olivat kaikki asiat kehittyneet suotuisasti edelliseen tutkimukseen verrattuna.

Terveyden edistämisen toteuttamisen malli Oulussa

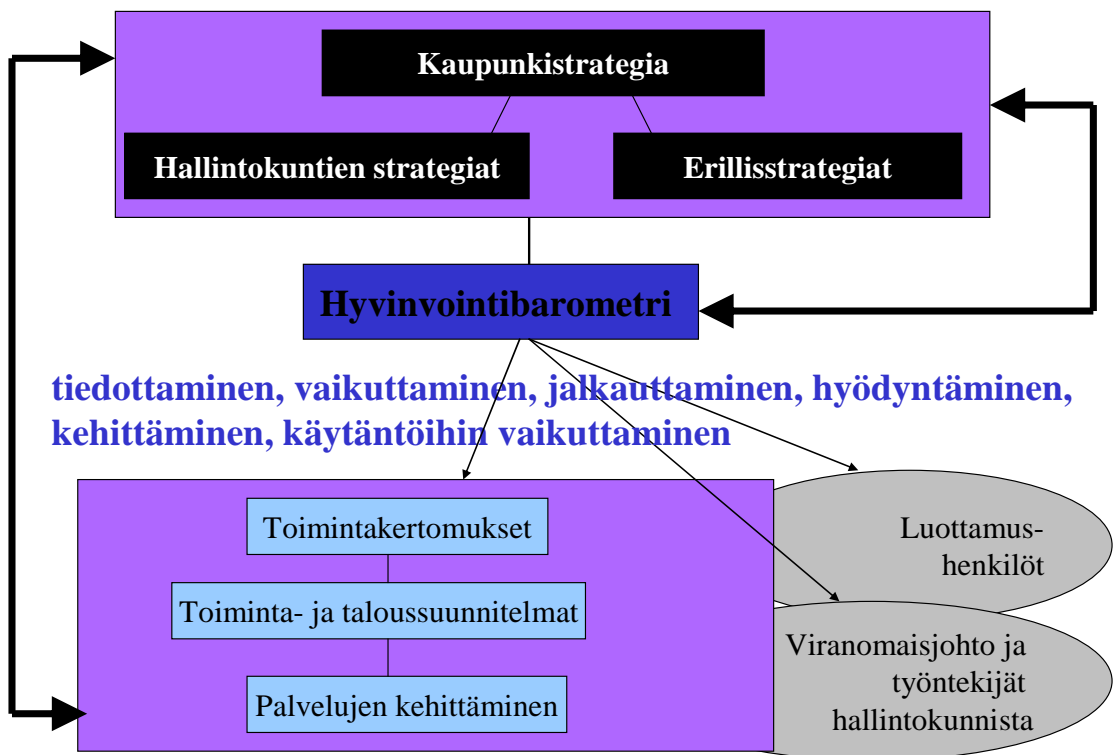
Keijo Koski, terveysjohtaja
Oulun kaupunki
etunimi.sukunimi@ouka.fi

Hyvinvointi ja terveys ovat perustarpeita, joiden saavuttamista ja ylläpitoa kunnan tulee edistää. Oulun kaupungin strategian yhtenä keskeisenä tavoitteena on turvallinen, houkutteleva ja viihtyisä elinympäristö maan terveimmälle ja parhaiten voivalle väestölle. Kuntalaisille halutaan järjestää heidän tarpeistaan lähtevät maan kehittyneimmät palvelut yhdistettynä tasapainoiseen talouteen. Kunnan tehtävänä on seurata kuntalaistensa terveydentilaa ja arvioida omaa toimintaansa.

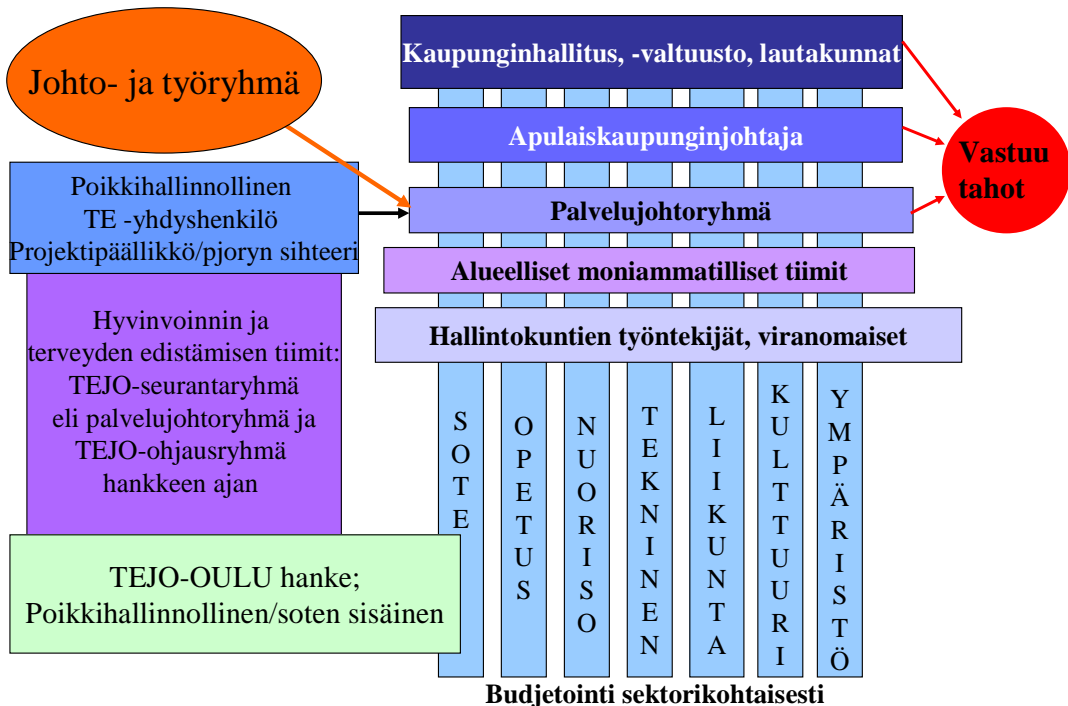
Terveyden edistymisen seuranta varten Oulussa on kehitetty Hyvinvointibarometri. Sen parametrit muodostavat mittarit hyvinvoinnin edistämisen seurannalle ja osoittavat kohteet sekä niiden pohjalta tavoitteita eri toimintasektoreiden spesifisten sekä poikkihallinnollisten terveyttä ja hyvinvointia edistäville toimenpiteille. Konkreettinen osoitus hyvinvointi-barometrin tulosten jalkauttamisesta ja jatkokehittämisestä on Oulussa toteutettu ”Terve, tulevaisuus” toimintamalli:



Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteuttamisen malli Oulussa perustuu ajatukselle, että kaikki hallintokunnat ovat vastuussa toiminnasta ja sitä johtaa kaupunginhallitus:



Johtamisen operatiivinen vastuu on Oulussa palvelutuotannosta vastaavalla apulaiskaupunginjohtajalla ja palvelujohtoryhmällä.



Terveyden edistämisen näkökulma on pyritty juurruttamaan kaikkien hallintokuntien työhön ja samalla on vahvistettu luottamushenkilöiden ja viranomaisten toiminnan ja päätöksenteon terveysvaikutusten huomioimista ja hyvinvointivastuun tiedostamista.

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen Tampereen uudessa toimintamallissa

Päivi Sillanaukee, palvelutuotantojohtaja
Tampereen kaupunki
etunimi.sukunimi@Tampere.fi

Lasten ja nuorten hyvinvointia edistetään tehokkaimmin tukemalla perheitä ja vanhemmuutta. Tampereen kaupungin uutta toimintamallia suunniteltaessa tavoitteeksi asetettiin organisaatio, joka kykenisi perinteistä sektorihallintoa paremmin toimimaan kuntalaislähtöisesti ja jossa kuntalaisten palvelutarpeita kyettäisiin käsittelemään kokonaisuuksina.

Lasten ja nuorten palveluilla on oma lautakuntansa ja oma kokopäivätoiminen luottamushenkilö, apulaispormestari, sitä johtamassa. Kullekin lautakunnalle asiat valmistelee tilaajapäällikkö yhteistyössä apulaispormestarin kanssa. Lautakunnat toimivat palveluiden tilaajina ja niiden tehtävänä on arvioida kaupunkilaisten palvelutarpeita, vertailla

eri tuottajia ja päättää kuka palvelut tamperelaisille tuottaa jatkossa konsernin omistajapoliittiset linjaukset huomioiden.

Terveyden edistäminen ja hyvinvointi on haluttu saada näkyviksi kaupungin organisaation ylätasolla. Yksi lautakunnista on nimetty terveyttä ja toimintakykyä edistävien palveluiden tilaajaksi ja kaupungissa on myös terveyden edistämisen koordinaattori.

Kaupungin omassa palvelutuotannossa ovat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä sivistys-, kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut kiinteämmässä yhteistyössä kuin aikaisemmin. Niitä johdetaan yhteisen hyvinvointipalvelujen johtoryhmän kautta, jossa puhetta johtavat molempien sektoreiden palvelutuotantojohtajat. Tämä yhteistyö on koettu myönteiseksi asiaksi ja auttaa suunnittelemaan ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen menettelytapoja aikaisempaa tehokkaammin.

Esimerkkejä hyvistä käytännöistä

Tampereella on kehitetty vuodesta 2002 lähtien hyvinvointineuvola-toimintatapaa. Neuvolan perinteisen raskauden ja äidin ja lapsen terveyden seurannan lisäksi kartoitetaan ja tuetaan koko perheen psykososiaalista tilannetta ja pyritään tunnistamaan ongelmat, kuten masennus tai päihteen käyttö, mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Isät halutaan mukaan neuvola-asiakkaiksi aktiivisina toimijoina. Mallilla halutaan vahvistaa tuen antamista parisuhde- ja vanhemmuusasioissa sekä taata nopea ja oikea-aikainen apu kriiseihin niille perheille, jotka sitä tarvitsevat. Peruspalvelujen tietotaidon hyödyntäminen sekä vertaistuen tarjoaminen perheille vähentää erityispalvelujen tarvetta. Perheen tilanteesta on kyetty rakentamaan aikaisempaa paremmin kokonaiskuva, vaikeiden asioiden esille ottaminen onnistuu luontevammin ja toimintatapa aktivoi pariskuntia puhumaan keskenään. Tiimiin kuuluvat terveydenhoitaja, lääkäri, perhetyöntekijä, sosiaalityöntekijä ja neuvolapsykologi. Moniammatillinen tiimityö ei suju itsestään, vaan tarvitaan motivaatiota, tietoa, yhteistyömenetelmiä ja pitkäjänteistä harjaantumista. Tavoitteena on, että hyvinvointineuvolaverkosto kattaa koko kaupungin vuonna 2011.

Perusopetuksen ja päivähoiton yhdistämisen Peppi-hanke oli merkittävä osa kaupungin uuden toimintamallin valmistelua. Hanke käynnistettiin vuoden 2004 alussa pilotoimaan uutta toimintamallia. Peppi-hankkeessa syntyi paljon uusia innovaatioita, käytäntöjä ja näkemyksiä siitä, miten toimintaa pitää edelleen kehittää. Hankkeen suurimmiksi hyödyiksi koettiin esi- ja alkuopetuksen siirtymävaiheen yhteistyömallien sekä moniammatillisen yhteistyön kehittyminen. Hankkeella oli vaikutusta palvelujen laatuun ja sen myötä syntyi pysyviä, uusia yhteistyömalleja.

Tampereella rakennetaan vahvaa ja laajaa kulttuuriohjelmaa lapsille ja nuorille. Tavoitteena on ehjä taidekaari, joka ulottuu esikoulusta peruskoulun viimeiseen luokkaan asti ja tutustuttaa koululaiset monipuolisesti eri taiteen lajeihin. Kaari rakennetaan TAITE-toiminnan pohjalta yhteistyössä Tampereen kulttuuripalvelujen, perusopetuksen sekä koulujen, lastenkulttuuriorganisaatioiden, kulttuuri- ja taidelaitosten, yhdistysten ja yhteisöjen kanssa sekä Pirkanmaan kuntien kanssa. Taidekaari käynnistettiin syksyllä 2006 keskitettyä erityisopetusta antavista kouluista. Kouluille vietiin 13 monitaiteista kokonaisuutta, joissa pääpainona ovat taiteeseen tutustuminen, oma tekeminen ja omien teosten esille tuominen. Työpajojen ja kokonaisuuksien suunnittelussa otetaan huomioon ikäluokalle tehdyt opetussuunnitelmat. Toiminta on ryhmille maksutonta ja siinä ovat mukana kaikki tamperelaiset esikouluryhmät, 1. ja 2. luokat, 50 % 6.-7.-luokista sekä erityistä tukea tarvitsevien lasten ryhmiä eri ikäluokista.

Tampereen kaupunki ja Tampereen ev.lut. seurakunnat ovat solmineet pitkän tähtäimen strategisen kumppanuuden lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi Tampereella. Systemaattisen yhteistyön tavoitteena on tukea lasten ja nuorten kasvua muun muassa vanhemmuutta ja yhteisöllisyyttä vahvistamalla. Strategisen kumppanuuden avulla on

tarkoitus synnyttää pysyviä yhteisiä hyviä käytäntöjä. Vuosittain valitaan painopistealue, johon yhteiset kehittämistoimet erityisesti suunnataan. Toiminnallisessa yhteistyössä tiivistetään käytännön toimijoiden yhteydenpitoa ja yhteistyötä, kokeillaan uusia yhteisiä toimintamuotoja sekä käydään arvokeskustelua lapsia ja nuoria koskevista asioista. Hallinnollinen yhteistyö sisältää mm. asiakastarvetta kuvaavien tietojen vaihtoa ja yhdistelyä sekä resurssien, kuten tilojen, yhteiskäyttöä. Vuoden 2008 yhteistyön painopistealueeksi on valittu parisuhteen tukeminen nuorissa perheissä.

Lopuksi

Organisaatiolla on vaikutusta siihen, miten palveluita kyetään suunnittelemaan, seuraamaan ja arvioimaan. Ensimmäisen toimintavuoden perusteella Tampereen malli tuntuu pääpiirteittäin toimivalta. Joitakin kehittämistarpeita on todettu ja niitä arvioidaan sekä muutoksia tehdään kuluvana vuonna.

Perheet eriytyvät, kasvavatko lasten ja nuorten hyvinvointierot?

Sakari Karvonen, erikoistutkija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Suomalaislasten ja nuorten enemmistön hyvinvointi on kasvanut tasaisesti. Silti osa lapsista, nuorista ja heidän perheistään elää olosuhteissa, jotka ruokkivat pahoinvoinnin yleistymistä. Pieni vähemmistö ilmentää kasautunutta vaikeaa pahoinvointia. Tämän polarisoituvan kehityksen syyt, samoin kuin eriytymisen laajuus ovat kuitenkin epäselviä. Onko kyse elinolojen tasaisesta rapautumisesta joidenkin lasten kohdalla?

Käyn alustuksessani läpi keskeisiä lasten ja nuorten elinoloja ja hyvinvointieroja kuvaavia tietolähteitä sen selvittämiseksi, näkyykö elinolojen kasvava eriytyminen myös hyvinvointierojen kasvuna. Lapsiperheiden elinoloja kuvaavat tiedot osoittavat, että perheet ovat muutoksessa, mutta julkisuudessa muutoksia liioitellaan. Esimerkiksi yksinhuoltajaperheiden osuus on viime vuosina pysynyt jokseenkin vakiona. Yksinhuoltajien taloudellinen tilanne näyttää parina viime vuonna jopa parantuneen hiukan. Uusperheet yleistyvät, mutta muutos ei ole kovin dramaattinen. Edelleen on niin, että kaksi kolmesta teini-ikäisestä asuu molempien vanhempiensa kanssa perheessä, jossa ei ole sisar- tai velipuolia.

Sen sijaan lapsiperheiden tuloerot ovat kasvaneet viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana. Voimakkaimmin on kasvanut pienimpien lasten pienituloisuusaste. Lasten iästä riippumatta kuitenkin isien työllisyysaste on korkea.

Alustavien tulosten mukaan eriytyvä kehitys ei kuitenkaan näy lasten ja nuorten hyvinvoinnissa. Esimerkiksi nuorten työttömyys on vähentynyt voimakkaasti, samoin toimeentulotuen saanti. Rikoksista epäiltyjen osuuksissa on viime vuosina ollut vain vähäistä kasvua eräissä ikäryhmissä. Myös alueelliset erot ovat kaventuneet. Selvimmin hyvinvointiongelmien kasautumisesta kertoo lastensuojelutapausten tasainen yleistyminen 1990-luvun alusta. Lastensuojelussa myös alueiden väliset erot näyttävät kasvaneen.

Nämä tiedot viittaavat kuitenkin kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien lasten ja nuorten olojen tasaiseen rapautumiseen. Ei näy merkkejä nopeasta suunnanmuutoksesta, joka olisi

johtanut perheiden kuormituksen äkilliseen kasvuun. Kehityksen tasaisuus viittaa pikemminkin monisyiseen prosessiin, joka muodostuu haurastumista hyvinvoinnin eri osa-alueilla.

Hyvinvoivat lukiolaiset – pahoinvoivat ammattikoululaiset?

Minna Pietikäinen,
Stakes,
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Stakesin valtakunnallista Kouluterveyskyselyä on tehty vuodesta 1995 alkaen peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisille ja lukioiden 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoille. Vuoteen 2000 saakka mukana oli myös osa ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista. Vastausprosentti oli kuitenkin ammattiin opiskelevilla alhainen ja kyselyn jatkaminen olisikin vaatinut lisäresursointia. Tämän vuoksi päätettiin keskittyä yläluokkalaisten ja lukiolaisten hyvinvointitiedon keräämiseen ja ammattiin opiskelevat jätettiin kyselyn ulkopuolelle. Viime vuosina on kuitenkin virinnyt uudelleen tarve saada systemaattisesti kerättyä valtakunnallista tietoa myös ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden hyvinvoinnista. Niinpä syksyllä 2007 toteutettiin ammatillisten oppilaitosten opiskelijoille Kouluterveyskysely pilottitutkimuksena, jonka tarkoituksena oli luoda pohjaa ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden liittämiseksi uudestaan Kouluterveyskyselyn piiriin. Pilottitutkimusta varten päivitettiin kysymyslomake ja suunniteltiin käytännön toteuttaminen yhteistyössä pilottiin osallistuvien ammatillisten oppilaitosten, opiskeluhuollon ja kuntien edustajien kanssa.

Pilottitutkimus toteutettiin Kainuun maakunnan ja Oulun seudun (Oulu, Haukipudas, Kempele, Liminka ja Muhos) ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoilla syys-lokakuussa 2007. Vastausprosentti oli 74 %. Kyselyyn vastasivat kaikki kyselyaikana (kolme viikkoa) oppilaitoksissa paikalla olleet opiskelijaryhmät. Tutkimustulokset raportoitiin Kainuun maakunnalle ja Oulun kaupungille sekä kaikille oppilaitosten yksiköille. Koko tutkimusalueen tulokset julkaistiin erillisessä raportissa, jossa myös verrattiin ammattiin opiskelevien ja lukio-opiskelijoiden hyvinvointia.

Lukiolaiset olivat vastanneet kyselyyn keväällä 2007 ja ammattiin opiskelevat syksyllä 2008. Tämän vuoksi vertailussa käytettiin ainoastaan lukion ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoita ja ammattiin opiskelevia 2. vuosikurssin opiskelijoita. Tällöin molemmilla oli takana noin vuosi opiskelukokemusta ko. oppilaitoksissa. Ammatillisten oppilaitosten 1. vuosikurssin opiskelijoiden vastauksia ei käytetty sen vuoksi, että heillä oli ainoastaan kuukausi opiskeluaikaa takana, eivätkä he näin ollen pystyneet vastaamaan kaikkiin kysymyksiin parhaalla mahdollisella tavalla. Aineisto rajattiin lisäksi alle 21-vuotiaisiin. Näin saatiin mahdollisimman hyvin toisiaan vastaavat ryhmät tarkastelun kohteeksi. Vastaajia oli lukioiden 1. vuosikursseilla 2439 ja ammatillisten oppilaitosten 2. vuosikursseilla 1327. Tuloksissa tarkastellaan elinoloja, kouluoloja, terveyttä, terveystottumuksia sekä terveysosaamista ja opiskelijahuoltoa.

Ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden elinolot, terveys, terveystottumukset ja terveysosaaminen ja joidenkin indikaattoreiden osalta myös kouluolot ovat selkeästi huonommat kuin lukiolaisilla. Erityisiä ammatillisten oppilaitosten poikia koskevia huolen aiheita olivat fyysinen uhka ja toistuvat rikkeet, koulukiusaaminen ja lintsaus, ylipainoisuus, hampaiden harjaamattomuus, arki-iltaisain myöhään valvominen ja päihteiden, erityisesti alkoholin käyttö sekä huonot tiedot seksuaaliterveydestä ja päihteistä. Ammattiin opiskelevien tyttöjen erityisiä huolenaiheita olivat koulun työilmapiirin huonoksi kokeminen, lintsaus, runsas fyysinen ja psyykinen oireilu sekä päihteiden käyttö. Tulosten pohjalta voidaan hakea painopistealueita mm. opiskeluterveydenhuollon työhön sekä oppilashuoltotyöhön. Ammattiin

opiskelevien nuorten hyvinvointitieto tulee oppilaitoskohtaisen työskentelyn lisäksi liittää myös kunta- ja maakuntatasoa tehtävään pitkäjänteiseen, suunnitelmalliseen ja moniammatilliseen hyvinvoinnin edistämistyöhön seurantavälineeksi. Koko 14–18-vuotiaiden ikäluokan hyvinvointitiedon parantunut saatavuus antaa aiempaa paremmat mahdollisuudet seurata erityisesti kuntatasolla mutta myös maakunnan- ja koko valtakunnan tasolla terveyden edistämistyön toteutumista ja väestöryhmittäisiä terveyseroja. Koko raportti on julkaistu sähköisessä muodossa sivulla <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset> ja paperiversiona Stakesin raportteja sarjassa.

Vuodesta 2008 alkaen Kouluterveyskyselyä laajennetaan uudestaan koskemaan yläluokkalaisten ja lukiolaisten lisäksi myös ammattiin opiskelevia 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoita. Tutkimusalueena on tällöin Lapin-, Itä-Suomen ja Etelä-Suomen läänien kunnat.

Seksikäyttäytyminen ja elämäntavat nuorten miesten keskuudessa, Suomessa 1998–2005

Minna Nikula, tutkija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Nuorten miesten terveys ja elämäntavat ovat keskeisesti esillä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Elämäntapojen yhteydessä on puhuttu paljon päihteidenkäytöstä, väkivallasta ja tapaturmista, sekä näiden yhteydestä toisiinsa ja nuorten miesten sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Viimeaikoina keskustelussa on nostettu esiin ravitsemus ja liikunta, mutta harvemmin seksuaalikäyttäytyminen.

Seksuaalikäyttäytyminen, kuten muutkin elintapoihin liittyvät tottumukset ovat osa nuoren psykososiaalista kehitystä ja pitkälti riippuvaisia siitä lähiympäristöstä missä nuori varttuu. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedämme, että nuoria osallistavalla, psykososiaalista kehitystä kokonaisuutena tukevalla terveystieteellällä on saatu positiivisia vaikutuksia. Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät riskit tulisi olla integroitu osa nuorille suunnatuissa interventioissa ja heidän terveytensä edistymisen seurannassa.

Kouluterveyskyselyistä on saatu tietoa alle 18-vuotiaiden seksikäyttäytymisestä, mutta sitä vanhemmista nuorista aikuisista tutkimustietoa on vähän. Erityisen haasteellista on saada kattavaa tietoa nuorten aikuisten miesten seksuaalikäyttäytymisestä. Päihteidenkäyttöä on Suomessa tutkittu laajasti, mutta päihteidenkäytön ja riskiseksin yhteyksiä meillä ja muualla Euroopassa on tutkittu niukasti, vaikka Yhdysvalloissa tähän liittyvä tutkimus alkoi pian HIV-epidemian ilmaannuttua.

Suomessa pakollinen asepalvelus tarjoaa erinomaisen kontekstin sekä kerätä tietoa nuorten aikuisten terveystietoisuudesta kuin myös jakaa terveystietoutta ja edelleen identifioida armeijan ulkopuolelle jäävät nuoret, jotka usein ovat vaarassa syrjäytyä ja jäädä vaille tukipalveluja. Varuskunnissa toteutetaan vuosittain alokkaiden terveystieteellistä kyselyä, jossa vuodesta 1998 lähtien on ollut mukana seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä kysymyksiä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vuosien 1998–2005 kyselyaineistoja käyttäen riskiseksin yleisyyttä 2000-luvulla, siihen liittyviä sosioekonomisia taustatekijöitä ja päihteidenkäytön ja riskiseksin yhteyttä 18–25 vuotiailla miehillä. Tuloksista käy ilmi, että

seksuaalisen riskikäyttäytymisen esiintyvyydessä on tapahtunut vain niukasti muutoksia vuosina 1998-2005. Kondominkäyttö vaikutti selvemmin liittyvän raskauden kuin sukupuolitautien ehkäisyyn. Kondominkäyttöä ennusti parhaiten parisuhteen laatu, kun taas partnereiden määrää ennusti parhaiten koulutus. Riskiseksillä oli voimakas yhteys päihteidenkäyttöön.

Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen –tukipalvelu nuorille miehille

Eija Stengård, kehittämispäällikkö
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen on nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseen tähtäävä toimintamalli, joka perustuu kuntien, puolustusvoimien ja siviilipalveluskeskuksen yhteistyölle. Toimintamallin avulla halutaan edistää nuorten miesten hyvinvointia, ehkäistä elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien vaikeutumista sekä auttaa ongelmien ratkaisemisessa. Toiminnassa hyödynnetään kutsuntojen tarjoamaa mahdollisuutta tavoittaa miesten koko ikäluokka. Kohderyhmänä ovat erityisesti varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävät sekä palveluksen keskeyttävät miehet.

Varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle jäävien nuorten miesten tuen tarve havaittiin Itsemurhien ehkäisyprojektissa (1986–1996). Tuen järjestäminen ei kuitenkaan ole ollut minkään tahon vastuulla. Toimintamalli on kehitetty tähän haasteeseen vastaamiseksi Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeessa (2004–2007).

Kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä miehille tarjotaan tukipalvelua, jossa asiakas saa

- oman nimetyn ohjaajan,
- tukea elämäntilanteen selvittelyssä,
- apua parhaiden ratkaisujen löytämiseen ja
- tietoa palveluista.

Tukipalvelun toteuttavat kuntien sosiaali- ja terveysalan työntekijät, jotka ovat saaneet tehtävään koulutuksen. Yhdessä ohjaajan kanssa asiakas voi käydä läpi ajankohtaisia asioitaan, jotka liittyvät esimerkiksi opiskeluun, asumiseen, ihmissuhteisiin ja terveyteen. Ohjaaja tarjoaa henkilökohtaista tukea, tietoa ja rohkaisua asioitten hoitamiseen. Tarvittaessa asiakas saa ohjausta myös sopivien palveluiden löytämiseen. Hankkeen arviointitutkimus osoitti, että tukipalvelu tavoitti erityisesti psyykkisesti oireilevia nuoria miehiä. Tukisuhteet kestivät keskimäärin 6 kuukautta ja tapaamisia oli tavallisimmin kaksi. Tukipalvelulla oli vaikutusta miesten psyykkiseen kuormittuneisuuteen sekä siihen, kuinka tyytyväisiä miehet olivat ihmissuhteisiinsa. Tukipalveluun osallistuneiden miesten psyykinen kuormittuneisuus väheni ja tyytyväisyys ihmissuhteisiin koheni enemmän kuin vertailuryhmään kuuluvilla miehillä. Tukisuhteeseen kiinnittyneistä 67 % arvioi, että tukiohjelmasta oli ollut vähintään jonkin verran hyötyä ja 58 % arvioi elämäntilanteensa parantuneen tukiohjelman ansiosta. Pienelläkin tuella ja avulla voidaan ehkäistä nuorten miesten ongelmien vaikeutumista ja kasautumista ja näin ollen saavuttaa kauaskantoisia vaikutuksia suotuisan elämänkulun kannalta.

Toimintamalli on otettu käyttöön yli 50 kunnassa pääkaupunkiseudulla, Kainuussa, Pohjanmaalla ja Itä-Suomessa. Toimintamalli on tarkoitus ottaa käyttöön koko maassa. Hanke on toteutettu osallistuvien kuntien, puolustusvoimien, työministeriön ja Stakesin yhteistyönä pääosin Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämillä määrärahoilla. Toimintamalleja koskeva raportti sekä tukiohjelman vaikuttavuutta koskevat tutkimusraportit julkaistaan vuonna 2008.

Avoin yhteistyö ja varhainen puuttuminen

Esa Eriksson, kehittämisspäällikkö
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Yleisesti määritellen varhaisella puuttumisella tarkoitetaan hyvinvointia uhkaavien ongelmien varhaista tunnistamista, niihin puuttumista, ehkäiseviä toimenpiteitä ja syrjäytymisen torjumista. Kansainvälisessä keskustelussa käsite (early intervention) on vakiintunut koskemaan lähinnä lasten ja nuorten varhaista auttamista ja tukitoimia. Tavoitteena on turvata lasten ja nuorten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia. Se merkitsee siten avun, tuen tai palvelujen tarjoamista ja välittämistä lapselle ja perheelle varhain kaikkialla missä pulmia vain havaitaan. Varhainen puuttuminen voi tarkoittaa myös aikuisväestön selviytymisen tukemista, kuten sairauksien varhaista havaitsemista sekä ennaltaehkäiseviä toimia, joiden taustalla on oletus pulmien kasautumisriskeistä.

Stakesin Varpu-toiminnassa varhainen puuttuminen on mielletty *varhaiseksi avoimeksi yhteistyöksi*. Sektorijakoisessa palvelujärjestelmässä ilmenee yhtä aikaa päällekkäisyyttä ja väliinputoamista. Vastuurakenteet "pulverisoituvat". Asiantuntijakeskeinen palvelukulttuuri laiminlyö kansalaisten läheisverkoston voimavaroja. Varhaisessa avoimessa yhteistyössä on olennaista toimia silloin, kun toimintamahdollisuudet ovat avarat. Arjen pulmat voivat esiintyä huolina millä toimintasektorilla tahansa (sosiaali, terveys, koulu, poliisi jne.). Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tulee aktivoitua varhain suhteessa huolten kasvuun, pulmien kasautumiseen, lapsen tai nuoren ikään sekä kriiseissä aukeaviin mahdollisuuksiin. Ytimenä on perheiden osallisuus ja joustava sektorirajat ylittävä yhteistyö.

Stakes on kehittänyt kuntatoimijoiden kanssa verkostodialogisia toimintakäytäntöjä, joilla on koetellusti ja tutkitusti laaja sovellettavuus varhaiseen puuttumiseen. Näiden toimintakäytäntöjen periaatteina ovat voimavarakeskeisyys, verkostomaisuus, tulevaisuuteen suuntautuminen ja dialogisuus. Toiminnasta koottu palaute on ollut erittäin myönteistä ja seurannan perusteella se koetaan hyvin selkeyttävänä ja hyödyllisenä.

Toimintakäytäntöjen arvioinnista ks.

Kokko R-L. Tulevaisuuden muistelu - ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Helsinki. Stakes 2006
Kokko R-L, Koskimies M. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona - dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakes Raportteja 17 / 2007

Lasten ja lapsiperheiden psykososiaalinen tuki

Tytti Solantaus, tutkimusprofessori
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Jokainen aika tuottaa omat haasteensa lasten kasvulle ja kehitykselle. 1900-luvun alkupuolella korostuivat fyysinen kasvu ja kehitys, sotien jälkeen ravitseminen ja hygienia, kun taas 2000-luvun suuria kysymyksiä ovat lapsen tunne-elämän, tietojen ja taitojen sekä sosiaalisen kehityksen harmonisuus: lasten hyvinvointi ja hyvä mielenterveys. Vasta toisen maailmansodan jälkeen alettiin ylipäättään vakavasti puhua lasten mielenterveydestä, ja vasta aivan viime vuosina ovat lasten mielenterveys ja sen ongelmat nousseet yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Suomen sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -ohjelmassa korostetaan lasten kehityksen tukemista ja ongelmien ennaltaehkäisyä. Se heittää haasteen sekä tutkimukselle lasten kehityksestä ja kehitykseen vaikuttamisesta että palvelujen tutkimukselle, kehittämiseksi ja toteuttamiseksi: mitä tiedetään ja mitä ei, mitä osataan ja mitä ei, mitä tehdään ja mitä voidaan tehdä. Nyt jos koskaan on eri lähteistä tulevien tietopolkujen yhdistyttävä käytännön toiminnaksi. Se ei kuitenkaan vielä riitä, vaan katseen on siirryttävä tulevaisuuteen. Lasten kasvun tukeminen edellyttää työn lähtökohtien pohtimista sekä palveluissa että perheiden kohtaamisessa.

Esityksessä tullaan pohtimaan seuraavia teemoja:

Miten lapsen kehitys voidaan ymmärtää suhteessa erilaisiin palveluihin?

Mitä tietoa lapsen kehityksen tutkimus on tuonut tullessaan?

Miten kehityksen tukeminen merkitsee palveluissa?

Psykososiaaliset palvelut ja tarve remonttiin?

RINNAKKAISOHJELMIEN ESITELMÄT

A Voimmeko tuotteistaa terveydenedistämisenaktiivisuuden kunnan strategisessa johtamisessa

Väestön terveyden edistäminen kuntajohtoon haasteena - onko "tuotteistaminen" mahdollista?

Matti Rimpelä, tutkimusprofessori
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Johdanto

Terveyden edistämisen vertaistieto (TedBM) -hankkeen tehtävänä on kehittää vertailukelpoisia menettelyjä ja tunnuslukuja, joilla voidaan kuvata kuntien ja niiden erilaisten yksiköiden toimintaa väestönsä terveyden lisäämiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi. Vertailukelpoista tietoa voidaan tuottaa ainoastaan sellaisista toiminnoista, jotka ovat kohtuullisesti samanlaisia. Kirjallisuudessa puhutaan systemaattisista (geneerisistä) toimintamalleista, laatusuosituksista, yhteisistä - mielellään hyvistä - käytännöistä ja myös tuotteistamisesta. Hyvinvointiammatillaiset ovat usein vierastaneet tuotteistamista. Näin siksi, että tuotteistaminen on tullut hyvinvointipalvelujen arkeen pääosin ulkoisena pakkona ja siinä on nähty teknistä tuottavuutta korostava "kamreerialouden" uhka.

Hyvinvointipolitiikan kehyksessä tuotteistamista ei tulisi erottaa laatusuosituksista, geneerisistä toimintamalleista eikä myöskään yhteisistä hyvistä käytännöistä. Tuotteistaminen voidaan nähdä kehittämistyön eräänlaisena päätepisteenä, jota edeltää systemaattisen toimintamallin selkiyttäminen, hyvän laadun määrittely ja yhteisen hyvän käytännön kuvaaminen. Tämän prosessin päätteeksi toiminta tuotteistetaan niin, että sen toteutumista, kustannuksia ja vaikutuksia voidaan suunnitelmallisesti seurata.

Tässä esityksessä pohditaan edellä kuvatussa kehyksessä kuntajohtamisen haasteita, kun tavoitteena on kaikessa kunnan toiminnassa lisätä väestön terveyttä ja poistaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lähtökohtana ja aineistona ovat terveyden edistämisen vertaistietohankkeessa kahden ensimmäisen toimintavuoden aikana kertyneet aineistot ja kokemukset.

Viitekehys uudistuu

Kuntien toimintaa kuvaavan terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän perustana ovat lainsäädäntö, laatusuositukset ja muut hyvien käytäntöjen suositukset ja oppaat. Samalla vertaistietojärjestelmän tulisi tukeutua vakiintuneisiin laadunhallintamenetelmiin. Kun näitä tarkastellaan yhdessä, varsin pian havaitaan, että runsaasta tausta-aineistosta ei suoraan voi johtaa terveyden edistämisenaktiivisuuden näkökulmasta olennaisia ydintietoja:

- Säännökset, suositukset ja oppaat jäävät useimmiten niin yleiselle tasolle, että toiminnan yhteismitallinen kuvaaminen ei ole mahdollista.
- Monille eri hallinnonaloille ja tasoille suunnatut säännökset, suositukset ja oppaat eivät rakennu yhteiseen viitekehykseen.
- Hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimintojen vertailukelpoista kuvaamista on harrastettu varsin vähän ja yleisemminkin tämän alueen tutkimus- ja kehittämistoiminta on sekä kansainvälisesti että Suomessa vasta viriämässä.
- Kuntien tietojärjestelmät tukevat toistaiseksi varsin huonosti toiminnan seuraamista ja tietojen raportoimista kuntien johdolle.

Yhdessä nämä havainnot ovat johtaneet siihen, että olemme joutuneet tarkistamaan vertaistietojärjestelmän kehittämistyön painoituksia.

Kuntajohtaminen ja kuntalaisen intressi ensisijaiseksi

Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän kehittäminen käynnistyi sosiaali- ja terveysministerin toimeksiannosta. Lähtökohtana oli ensisijaisesti valtakunnallinen tiedontarve: Olisi kerättävä koko maasta vertailukelpoista tietoa, joka mahdollistaisi nykyistä paremman kokonaiskuvan muodostamista kuntien toiminnasta väestönsä terveyden lisäämiseksi ja terveyserojen poistamiseksi. *Kehittämistyön edetessä valtakunnallisen tiedon tarpeen rinnalle ja jopa ensisijaisiksi ovat nousemassa kuntajohtamisen ja erityisesti kunnan asukkaiden tarve saada vertailukelpoista tietoa oman kuntansa toiminnasta.*

Tilaaaja-tuottajamallien soveltaminen ja vaikuttavuuden korostaminen ovat molemmat nostaneet esiin toiminnan kuvaamisen haasteet. Tilaaajan ja tuottajan välisessä sopimuksessa tulisi kuvata toimintaa niin selkeästi, että sen sisällöstä ja määrästä on riittävä yhteisymmärrys. Olennaista myös on toiminnan toteutumista jatkuva seuraaminen. Vaikuttavuuden arvioinnissa välttämätön edellytys on toiminnan tekeminen näkyväksi. Nämä molemmat haasteet yhdistyvät tuotteistamisessa. Hyvinvointipalvelujen ja laajemmin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuotteistaminen on väistämättä edessä kaikissa kunnissa. Tuntuu varsin aiheelliselta pyrkiä tuotteistuksen ja siihen perustuvien seurantajärjestelmien kehittämisessä valtakunnallisesti yhtenäiseen kuvaus- ja tunnuslukujärjestelmään.

Kuntalaisten tarvetta saada toiminnan näkyväksi tekevää tietoa korostaa lukuisten selvitysten yhteinen tulos kuntien toiminnan erilaistumisesta. Kuntalaisen kannalta ainoastaan vertailukelpoinen toiminnan kuvaus antaa mahdollisuuden seurata ja arvioida kunnan toimintaa ja sen laatua. Organisaatioiden kasvaessa edustuksellisen demokratian mahdollisuudet välittää kunnan asukkaiden kokemuksia ja mielipiteitä kuntien johtoon vähenevät. Kunnan veronmaksajina ja palveluihin oikeutettuina asukkaina kuntalaisilla tulisi olla mahdollisuus arvioida, miten hyvin palvelut ja muut toiminnat terveyden edistämiseksi vastaavat kansallisia suosituksia. Tämä edellyttää toiminnan vertailukelpoista kuvaamista ja tietojen julkistamista niin, että ne olennaisilta osiltaan ovat kunnan kaikkien asukkaiden käytettävissä.

Molemmissa katsannoissa olennainen haaste on tarkastella terveyden edistämistä kunnan ja sen hallinnollisten yksiköiden johtamisen kannalta. Terveyden edistämisen vertaistiedon tuottaminen yhdistyy kunnan johtamisen tietojärjestelmiin. Terveystiedon edistämistä kuvaavan vertaistiedon tulisi pääosin kertyä niin, että se on välittömästi hyödynnettävissä

kuntajohtamisen kaikilla tasoilla kehityskeskusteluista toiminta- ja taloussuunnitteluun ja -seurantaan. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että toimintakertomusvuoden vertaistiedot ovat seuraavan vuoden maaliskuun loppuun mennessä. Merkittävä osa vertaistiedoista tulisi olla käytettävissä samoissa jaksoissa kuin talousarvion toteutumista seurataan.

Valtakunnallisen vertaistiedon kerääminen tulee mahdolliseksi, kun kunnissa omaksutaan yhteisesti sovitut hyvät käytännöt toiminnan kuvaamisessa, vertaistiedon tallentamisessa sekä tietojen tulostamisessa ja raportoinnissa. Toiminnan vertailukelpoinen kuvaaminen ei rajoita kuntien itsehallinto-oikeutta, mutta tekee toiminnan läpinäkyväksi kuntalaisille, työntekijöille ja johdolle. Kun kansallisiin suosituksiin perustuva vertaistieto kertyy ensin kunnan tasolle, voidaan se siitä edelleen melko vaivattomasti kerätä koko maan kattaviin tietokantoihin.

Vertaistiedolle yleistettävä rakenne

Kun lähdetään vastaamaan edellä esitettyihin haasteisiin, olisi ensimmäiseksi löydettävä käytännössä toimiva, mutta myös teoreettisesti perusteltu viitekehys systemaattisen toimintamallin rakentamiseen. TedBM-hankkeessa olemme päätyneet soveltamaan kansainvälisen kirjallisuuden "capacity building" ja täsmällisemmin "health promotion capacity building"¹ kehystä. Olemme yhdistäneet tähän kehikseen yleisempää johtamisen/hallinnon näkökulmaa ja laatujohtamista erityisesti sellaisena kuin sitä on sovellettu esimerkiksi Maailman Terveysjärjestelmän Health Promoting Hospitals -verkoston laaturaportissa². Näin on kiteytynyt kehikkö, jota kutsumme kunnan/terveyskeskuksen/peruskoulun "*terveydenedistämisasiivisuudeksi*" (=TEA). Tässä kehitysvaiheessa olemme jakaneet TEA:n kuuteen osioon. Seuraavassa osiot tiivistetysti:

1. Strateginen sitoutuminen
2. Vastuuväestöjen tunnistaminen ja niiden hyvinvointi/terveystilanteen seuranta ja siitä johdettu tarve-analyysi
3. Johtamisrakenteet ja organisaatiokulttuuri
4. Yhteiset hyvät käytännöt
5. Toimeenpanorakenne
6. Pysyvyys

Tavoitteena on, että vertailukelpoinen ydintieto määritellään tässä samassa rakenteessa eri hallintokunnissa ja toimintayksiköissä.

Erityisestä yleiseen

Terveydenedistämisasiivisuuden yleinen kuvaaminen on osoittautunut - ainakin kehitystyön tässä vaiheessa - liian vaativaksi haasteeksi. Vain harvoissa toiminnoissa on valmiina kehitystyö systemaattisesta toimintamallista tuotteistamiseen. Tässä vaiheessa tuotteistamiseen, siis riittävän täsmälliseen toimintojen, mittareiden ja tunnuslukujen määrittelyyn, päästään rajaamalla toiminta-alueet mahdollisimman selkeästi. Yleisempi koko kuntakentän kat-

¹ http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/21/suppl_1/91;
http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/extract/21/suppl_1/1
<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/22/2/170>

² <http://www.euro.who.int/healthpromohosp>

tava kehitystyö tulee mahdolliseksi sen jälkeen, kun muutamille rajatuilla alueilla on päästy yhteiseen tulkintaan ydintietojen sisällöstä, mittaamisesta, tallentamisesta ja tulostamisesta.

Tavoitteena on tunnistaa ne toiminnan alueet, jotka riittävät antamaan kohtuullisen yleiskuvan kunnan ja sen hallinnollisten yksikköjen terveydenedistämistäktiivisuudesta. On mahdollista, että muutamien keskeisten asioiden kuvaaminen antaa riittävän yleiskuvan kyseisen hallinnollisen kokonaisuuden toiminnasta. Esimerkkinä tällaisesta ydinalueesta on peruskoulujen oppilashuolto ja erityisesti psykologi- ja kuraattoritoiminta yhdessä kouluterveydenhuollon kanssa. Niissä on yhdistettävä usean eri hallinnonalan toimintaa ja sen lisäksi vielä yhteistyötä kotien kanssa. Kunnan talousarviossa näiden toimintojen kustannukset kuitenkin muodostavat marginaalisen pienen osuuden. Tästä seuraa, että voimavarojen osoittaminen oppilashuoltoon ja kouluterveydenhuoltoon ei tosiasiaa riipu ratkaisevasti kunnan taloudellisesta tilanteesta, vaan ilmaisee enemmän sitoutumista ja panostamisesta terveyden edistämiseen. Kun kunta on ottanut tämän haasteen menestyksellisesti vastaan, on varsin todennäköistä, että kyseisen kunnan johtamisessa on myös muissa hallinnollisissa yksiköissä ymmärretty terveyden edistämisen merkitys.

TedBM -hankkeen kehitystyö on edennyt pisimmälle neljässä osahankkeessa. Kuntajohtaminen ja erikoissairaanhoido tai paremminkin sairaanhoitopiiri, edustavat suuria hallinnollisia kokonaisuuksia, joissa terveydenedistäminen jakautuu lukuisiin hallinnollisiin yksikköihin ja tasoihin. Perusopetus toteutuu peruskouluissa, mutta yhdistää neljän hallintokunnan (tekninen, sivistys, sosiaali ja terveys) ja useiden ammattiryhmien yhteistyön ja myös yhteistyön kodin kanssa keskeisiksi tehtäviksi. Kouluterveydenhuolto on vakiintunut kansanterveysyön/terveyskeskuksen toiminta, joka kuitenkin toteutuu toisella hallinnonalalla ja jonka toimintaympäristö on nopeasti muuttunut.

Kun yhdistetään osahankkeet ja TEA:n kuusi teemaa, saadaan seuraava tarkastelukehikko:

TERVEYDEN- EDISTÄMIS- AKTIIVISUUS (TEA)	TOIMINTA-ALUE					
	Kunta- johta- minen	Erikois- sairaan- hoito	Perus- opetus	Koulu- terveyden- huolto
<i>YKSIKKÖ</i>						
<i>VASTUUVÄESTÖT</i>						
TEA- ULOTTUVUDET						
Sitoutuminen						
Tarveanalyysi - seuranta (monito- rointi) - päätelmät						
Johtamisrakenne						
Hyvät käytännöt						
Toimeenpanora- kenne						

Yhteiset käytännöt

TedBM -hankkeen vaikeimmaksi haasteeksi on noussut kuntien toiminnan eriytyminen monessa suunnassa. Ylintä hallintoa lukuun ottamatta kunnilla ei enää ole yhteistä sisäistä rakennetta. Kasvava osa kunnista soveltaa eri tavoin jäsenyvä elämäntapaomallia perinteisen sektorihallinnon sijasta. Hallintorakennetta eriyttävät myös tilaaja-tuottaja -mallien monet sovellutukset ja hyvinkin erilaisten yhteistoimintajärjestelyt kuntayhtymistä isäntäkuntiin ja edelleen yksittäisiä toimintoja koskeviin sopimuksiin/liikelaitoksiin ja toimintojen ulkoistamiseen. Toistaiseksi on melko vähän kiinnitetty huomiota kaiken tämän hallintaan johdon tietojärjestelmissä niin, että päättäjät voisivat taloustiedon rinnalla saada vertailukelpoista tietoa myös toiminnasta puhumattakaan sen vaikutuksista.

Kyselyissä kuntajohdolle, terveyskeskuksille ja peruskouluille on todettu, että varsin yksinkertaisissakin toiminnoissa löytyy lukuisia kuntakohtaisia sovellutuksia toiminnan sisällön määrittelyissä. Esimerkiksi perusopetuksessa ei ole valtakunnallista suositusta myöhästymisen ja poissaolon määrittelystä. Toinen vastaava esimerkki on kouluterveydenhuollon laaja terveystarkastus. Siitä on yleinen valtakunnallinen suositus, mutta kuntien käytännöissä laajaksi terveystarkastukseksi kutsutaan varsin erilaisia toimintoja.

Kunnissa yhteiset käytännöt vahvistetaan vain harvoin samalla tasolla kuin voimavaroista päätetään. Silloinkin kun näin tehdään, vain harvoin on riittävän yksityiskohtaisesti selvitetty yhteisen käytännön vaatimuksia suhteessa voimavaroihin. Kuitenkin yhteisen käytännön toteutumisessa ratkaisevaa on, että voimavarat sen mahdollistavat. Siksi tärkeimmät yhteiset käytännöt tulisi vahvistaa samanaikaisesti ja samalla päätöksenteon tasolla, jossa voimavaroista päätetään. Kyselyissä tulee toistuvasti vastaan tilanteita, että tietystä toiminnasta on yhteiseen käytäntöön ohjaava päätös tai suositus, mutta perustason työntekijöille ei ole käytännössä mahdollisuutta toteuttaa tätä päätöstä/suositusta. Tästä seuraa, että kukin työntekijä soveltaa suositusta omalla tavallaan. Päätös/suositus yhteisestä käytännöstä ei siksi sinänsä kerro muuta kuin että päätös/suositus on tehty.

Tietojärjestelmät

Kuntien käytössä olevat tietojärjestelmät (esim. kouluhallinto-ohjelmat, asiakastietojärjestelmät) tarjoavat teknisesti huomattavasti enemmän toiminnan seuraamisen mahdollisuuksia, mitä on hyödynnetty. Vain yksittäiset kunnat käyttävät hyväkseen näitä mahdollisuuksia. Valtakunnalliset suositukset yhteisiksi käytännöiksi ja niiden kuvaamiseksi puuttuvat. Kunnat, terveyskeskukset ja koulut kehittävät ja ottavat käyttöön omia erityisiä sovellutuksia. Kun niiden valmisteluun ja käyttöön ottoon on kulunut merkittävä työpanos, siirtyminen vertailukelpoiseen kuvaukseen ja tiedonkeruuseen kohtaa melkoista muutosvastarintaa.

Tuotteistaminen on tullut kuntiin taloushallinnon kautta. Vakiintuneen perinteen mukaan hyvinvoinnin ja terveyden ammattilaiset ovat varsin itsenäisesti päättäneet työtavoistaan. Toiminnan yhteiseen kuvaamiseen ja varsinkin tuotteistamiseen suhtaudutaan usein kriittisesti. Kuntien johtamisessa vastaava jännite nousee esiin, kun pyritään keräämään vertailukelpoista tietoa. Oman toiminnan kuvaaminen vertailukelpoisella tiedolla koetaan usein itsehallinnon rajoittamiseksi, vaikka toisaalta pidetään tärkeänä toiminnan tuotteistamista.

Laadunhallinta on kuntajohtamisessa ja kunnallisten toimijoiden sisäisessä hallinnossa jäänyt useimmiten perustason ja keskijohdon työntekijöille käytännössä vieraaksi. Laadunhallinta koetaan enemmän ulkoa tulevaksi lisäkuormaksi kuin oman työn arvioinnin ja kehittämisen mahdollisuudeksi.

Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän välttämätön edellytys on yhteinen käytäntö toiminnan kuvaamisessa ja mittaamisessa. Tältä osin tilanne on kuitenkin Suomessa varsin sekava: Kansallinen käytäntö yhteisten käytäntöjen määrittelyssä on hyvinkin vaihteleva. Kuntien ja valtionhallinnon kesken ei ole selvää työnjakoa/yhteistyötä. Erityisen vaikeaa on edetä silloin kun hallinnonalojen yhteistyö on välttämätöntä. Esimerkkeinä nykypulmista ovat oppilas/opiskelijahuollon tilastointijärjestelmän ja lasten ja nuorten terveysneuvonnan. Molemmissa tapauksissa kehitystyötä hidastaa valtakunnallisten vastuiden epäselvyys, hallintorajat ja myös kuntien ja valtion erilaiset käsitykset siitä, missä määrin yhteiset käytännöt ovat tarpeellisia.

Lopuksi

Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmässä olemme päätyneet tässä vaiheessa korostamaan yhteisen kehityksen välttämättömyyttä. Ensinnäkin olisi hyväksyttävä, että kehitystyössä tarvitaan selkeä rakenne:

1. Systemaattinen (geneerinen) toimintamalli
2. Hyvän laadun määrittäminen
3. Yhteisen hyvän käytännön kuvaaminen
4. Tuotteistaminen

Toiseksi olisi yhteisesti hyväksyttävä myös se kehys, jossa väestön terveyden lisäämiseen ja terveyserojen vähentämiseen pyrkivää toimintaa tehdään näkyväksi (kuvataan) ja sen toteutumista ja vaikutuksia seurataan. Tässä suunnassa olemme esittämässä terveydenedistämisen aktiivisuuden yleistä käsitettä sen jakamista kuuteen osioon. Tarkoituksena on soveltaa näitä ajatuksia vuoden 2008 aikana yhdessä Itä-Suomen lääninhallituksen kanssa kuntajohdettujen terveydenedistämisen aktiivisuuden seuraamisen menetelmän kehittämiseksi. Seuraava kuva havainnollistaa sovellutuksen nykyvaihetta.

Terveydenaktiivisuuden mittaaminen kuntajohtamisessa: Alustavaa sovellutusta

	Kuntajohtaminen	Erikoissairaanhoido	Perusopetus	Koulu-terveydenhuolto
<i>YKSIKKÖ</i>	<i>Kunta</i>	- Sairaanhoidopiiri tai vastaava	<i>Koulutuksen järjestäjä</i>	- <i>Terveyskeskus tai vastaava</i>
<i>VASTUUVÄESTÖT</i>	- <i>Kunnan asukkaat</i> - <i>Kunnan henkilöstö</i>	- <i>Asiakkait</i> - <i>Omistajakuntien asukkaat</i> - <i>Henkilöstö</i>	- <i>Oppilaat</i> - <i>Oppilaiden huoltajat/vanhemmat</i> - <i>Henkilöstö</i>	- <i>Oppilaat</i> - <i>Oppilaiden huoltajat/vanhemmat</i>
TEA-ULOTTUVUUDET				
Sitoutuminen	- Kuntastrategia - Talousarvion yleisperustelut/tavoitteet - Kuntakertomus - Kuntatarkastus	- Strategia - Talousarvion yleisperustelut/tavoitteet - Toimintakertomus	- Opetussuunnitelma - Opiskeluhuollon suunnitelma ja kertomus	- Opiskeluhuollon suunnitelma ja kertomus
Tarveanalyysi - seuranta (monitorointi) - päätelmät	Valtuuston hyväksymä seurantasuunnitelma ja tarveanalyysi	Valtuuston hyväksymä seurantasuunnitelma ja tarveanalyysi	- Koulutuksen järjestäjän hyväksymä seurantasuunnitelma ja tarveanalyysi	- Lautakunnan tms. hyväksymä seurantasuunnitelma ja tarveanalyysi
Johtamisrakenne	- TEA vastuhenkilö kunnanhallituksessa - Hallituksen toimeenpano-ohje hallintokunnille	- TEA vastuhenkilö hallituksessa - Hallituksen toimeenpano-ohje tulosalueille	- Opiskeluhuollon vastuhenkilö johtoryhmässä - Opiskeluhuollon suunnitelma ja kertomus	- Opiskeluhuollon vastuhenkilö johtoryhmässä - Opiskeluhuollon suunnitelma ja kertomus
Hyvät käytännöt	Kunnanhallituksen hyväksymät yhteiset ydinkäytännöt ja niiden toimeenpanon seurantamenettely	Hallituksen hyväksymät yhteiset ydinkäytännöt/toimeenpanon seuranta - tupakointi/alkoholi: käytön vähentäminen - Diab:n ja masentuneisuuden ehkäisy	Koulutuksen järjestäjän hyväksymät yhteiset ydinkäytännöt ja niiden toimeenpanon seurantamenettely - laaja hyvinvointi- arviointi - poissaoloseuranta	Lautakunnan tms. hyväksymät yhteiset ydinkäytännöt ja niiden toimeenpanon seurantamenettely - laaja hyvinvointi- arviointi - poissaoloseuranta
Toimeenpanorakenne	- TE -erityisvoimavarat (E/asukas)	- TE -erityisvoimavarat (€asukas)	- opiskeluhoitohenkilöstön mitoitus (tuntia/vko/100 oppilasta)	- kouluterveydenhuollon henkilöstön mitoitus (oppilasta/henkilötyövuosi)

B Varhainen puuttuminen ja tuki - malli yhteistyön edistämiseksi

Varhaisen puuttumisen strategiset lähtökohdat ja poikkisektorinen johtaminen Nurmijärvellä

Mervi Herola
Perhe- ja sosiaalipalveluiden päällikkö
Nurmijärven kunta

Valtio

Strategia on keskeisimpiä prosesseja, jonka avulla pyritään hallitsemaan jatkuvasti muuttuvaa toimintaympäristöä. Viime vuosina on valtion strategialinjausten mukaisia tavoitteita toteutettu mm. toimintatapoja uudistamalla sekä painottamalla laaja-alaista ehkäisevää toimintaa, joka edellyttää paitsi valtion- myös kunnan eri hallinnonalueiden toimintojen yhteensovittamista. Myös uudessa hallitusohjelmassa painotetaan ehkäisevää näkökulmaa sekä lasten, nuorten ja perheiden ongelmiin puuttumista. Neuvoloiden, päiväkotien ja koulujen katsotaan olevan avainasemassa ehkäisevässä työssä.

Kunta

Yksittäisissä kunnissa ohjaa kuntastrategia koko kunnan kehittämistä. Siinä on valtuuston tahto ja keskeisimmät päämäärät. Nurmijärven kuntastrategiaa synnytettyä v.2004 todettiin kunnan nykytila hyväksi. Sen ylläpitämiseksi tulee kuitenkin varautua haasteisiin ja erityisesti – kuten valtakunnallisissakin linjauksissa – painotetaan yksilön omaa vastuuta ja ennaltaehkäisyä. Kunnassa on nuori ja lapsivoittoinen väestö ja tästä syystä haluttiin painottaa ennaltaehkäisevää työtä lasten ja perheiden parissa. Yksi kunnan vuosien 2004 – 2006 viidestä kärkihankkeesta ”Vanhemmuutta, verkottumista ja yhteisöllisyyttä tuetaan syrjäytymisen ehkäisemiseksi” vastuutettiin sosiaalipalvelualueelle. Jatkuva voimakas lapsiväestön kasvu kunnassa sekä havaitut ”pullonkaulat” sektorien välisessä yhteistyössä ja rajapinnoilla alkoivat 2000-luvulla nousta haasteiksi myös käytännön työssä.

Kärkihanke

Kärkihanketta toteuttamaan käytännössä tuli yhtenä sosiaalialan kehittämishankkeena ja Stakesin kanssa yhteistyössä toteutettu VARPU- varhaisen puuttumisen hanke siihen liittyvine osahankkeineen. Hankkeen tavoitteena oli parantaa Nurmijärven peruspalvelujärjestelmän kykyä havaita ja puuttua varhain lasten ja perheiden ongelmiin. Sen lähtökohtana olivat käytännön poikkihallinnollisessa ja moniammatillisessa työssä havaitut pullonkaulat sekä osaamisen lisääminen asiakkaan oman asiantuntemuksen hyödyntämisessä.

Hallintokunnat

Nurmijärven strategian mukaan tavoitteita toteutetaan mm. tarkastelemalla viranhaltijaorganisaatioita sekä kehittämällä palvelualueajat ylittävää yhteistyötä. Kussakin hallintokunnassa oli strategioita jalkautettu jo hallintokuntien sisällä ylhäältä alaspäin. Strategialinjausten eteenpäin vieminen edellyttää paitsi asioiden - myös ihmisten toiminnan johtamista. Loppujen lopuksi yksittäisten työntekijöiden samansuuntainen toiminta on ratkaisevaa linjausten toteutumisessa.

Strategiarosessiin kuuluvat alun toimintaympäristön analyysin ja strategioiden valmistumisen jälkeen strategian jalkauttaminen. Jalkauttaminen ylhäältä alaspäin (vertikaalisesti) mielletään yleensä

helpommin kuin yli hallintokuntarajojen (horisontaalisesti) tapahtuvaksi. Tarvitaan kuitenkin yli sektorirajojen toimivia prosesseja strategiatasolta aina moniammatillisen käytännön yhteistyön toteutumiseksi.

Varpu haastoi johtamisen

Keskeiseksi kysymykseksi hankkeen alussa nousikin se, miten voidaan tukea eri hallintokunnista tulevien työntekijöiden moniammatillisen työn samansuuntaista toteutumista?

Hankkeen alussa perustettiin poikkisektorisen yhteistyön toteutumiseksi peruspalvelujen tulosaluepäälliköistä koostuva ohjausryhmä. Jäsenenä olivat myös kasvatus- ja perheneuvolan esimies sekä talouspäällikkö. Varpu- ohjausryhmän jäsenten kautta on saatu viedyksi peruspalveluiden talousarvioon kunnan strategioihin pohjautuvia, yhteneväisiä nimenomaan ennaltaehkäisevään toimintaan liittyviä tavoitteita. Ohjausryhmän kautta on pyritty varmistamaan, että erilaiset olemassa olevat resurssit toimivat palveluprosessissa samaan suuntaan, varhaisen puuttumisen ja tuen mukaisesti. Sen toiminnan kautta tuli selväksi, että ohjausryhmässä esiin tulevat asiantuntijuuden yhteensovittamiset tulevat esille myös käytännön moniammatillisessa asiakastyössä.

Ohjausryhmän vahvuutena on ollut se, että sen jäsenet pystyvät ohjeistamaan ja tekemään ratkaisuja omaan tulosalueeseensa ja yksikköihinsä liittyvissä henkilöstöasioissa. Tämä on tärkeää mm. uudenlaisen työotteen vaatimien koulutusten suuntaamisessa ja sijaisten järjestämisessä.

Tavoitteiden eteenpäin viemisessä on johdon lisäksi ollut kaikkien lähiesimiesten sitoutuminen tärkeää. Esimiesten toiminnan ja tuen kautta mahdollistettiin motivoitumista uusien työkäytäntöjen etsimiseen, niihin kouluttautumiseen ja niiden juurtumiseen. Tätä näytti erityisen hyvin tukevan hankkeessa tehty hyvä vuosisuunnittelu. Sen pohjalta esimiehet pystyivät suunnittelemaan omien yksikköjensä toimintoja.

Horisontaalista yhteistyötä, sektorirajoja ylittävää toimivaa työprosessia kuvaamaan valmistui v.2005 lopussa ”Nurmijärven Varpu-malli”, varhaisen puuttumisen ja tuen malli neuvoloiden, päivähoiton ja koulun työntekijöille. Malli pohjautuu Tom Arnkilin ja Esa Erikssonin ”huolen vyöhykkeistöön” ja pohjatyön mallin suunnittelussa teki Rajamäen moniammatillinen erityistyöntekijöiden ryhmä. Lopullinen versio valmistui ohjausryhmän yhteistyönä. Malli ohjaa työntekijää asiakaslähtöiseen ja moniammatilliseen työhön sekä aitoon vuoropuheluun, dialogiin eri osapuolten välillä.

Hankkeessa tehtyjen kyselyjen kautta on jo näkyä siitä, että yhteistyörakenteiden kehittäminen yli hallintokuntarajojen on asiakkaiden kannalta myönteistä. Arviointi-palautteiden mukaan tämä nähdään myönteisenä myös työntekijöiden taholta. Stakesin ja Nurmijärven kunnan yhteistyönä tehdään edelleen tutkimusta toiminnan vaikuttavuudesta ja kehitetään välineitä sen arviointiin.

Vuonna 2003 alkanut hanke päättyi v.2007. Tällä hetkellä mallia ja siihen liittyviä toimintatapoja ollaan juurruttamassa jokaisen työntekijän osaamiseksi. Verkostotyön koordinaattorin toimi on vakinaistettu valtuuston päätöksellä ja poikkihallinnollisen ohjausryhmän toiminta kunnanjohtajan päätöksellä. Työtapoihin liittyvät koulutukset ja hyvien käytäntöjen keskustelut yksiköissä ovat toimintasuunnitelmassa.

Hankittua osaamista, osaajia ja aikaa ei haluta hukata. Ennaltaehkäisevä toiminta ja sen johtaminen halutaan kiinnittää pysyvästi organisaation rakenteisiin ja työkäytäntöihin. Toimintatavoista ja käytännöistä ollaan kiinnostuneita myös vanhuspalveluissa ja tällä hetkellä terveystalvetuissa käynnistyvässä työhyvinvointi- ja rekrytointihankkeessa

Varhaisen puuttumisen malli Nurmijärven peruspalveluissa

Olli Laiho, verkostotyön koordinaattori
Nurmijärven kunta
etunimi.sukunimi@nurmijarvi.fi

Nurmijärven kunnan varhaisen havaitsemisen ja puuttumisen hankkeessa (2003–2007) luotiin peruspalveluihin varhaisen puuttumisen malli (http://www.nurmijarvi.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/fi_FI/sosiaalipalvelut/). Malliin pohjana on huolen vyöhykkeistö. Huolen vyöhykkeistö on tutkimusprofessori Tom Arnkilin ja kehittämisspäällikkö Esa Erikssonin vuonna 1996 kehittämä työväline lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskenteleville työntekijöille. Huolen vyöhykkeistö auttaa työntekijää jäsentämään lasta/perhettä koskevaa huoltansa, omia auttamismahdollisuuksiaan ja lisävoimavarojen tarvetta liittyen sen hetkiseen tilanteeseen. Malli otettiin käyttöön vuoden 2006 alusta. Malli ohjaa työntekijöitä avoimeen, dialogiseen yhteistyöhön sekä asiakkaiden että muiden viranomaisten kanssa. Keskeisenä lähtökohtana on voimavara-, verkostokeskeinen ja dialoginen ajattelutapa. Tällä pyritään sellaiseen tulevaisuuteen suuntautuvaan jaettuun asiantuntijuuteen, jossa vanhemmat otetaan mukaan yhteistyöhön varhaisessa vaiheessa. Yhteistyössä etsitään sellaisia toimia, jotka mahdollistavat varhaisen tuen syntymisen.

Varhainen puuttuminen peruspalveluissa -mallia on tehty työntekijöille tutuksi erilaisissa tiedotus - ja koulutustilaisuuksissa ja sitä on käyty läpi tulosalueilla. Marraskuussa 2006 Stakesin kanssa yhteistyössä työntekijöille tehdyn kyselyn (Varhainen puuttuminen ja yhteistyö lasten, nuorten ja perheiden palveluissa/ peruskartoitus työntekijöille 11/2006)mukaan työntekijät kokevat mallin edistävän yhteistyötä ja siitä on paljon hyötyä perheille, työntekijöille sekä moniammatilliselle yhteistyölle. Mallia on myös esitelty koulujen ja päivähoiton vanhempainilloissa.

Lähtökohtana avoin ja dialoginen yhteistyö

Malli ohjaa työntekijöitä luomaan sellaisen työskentelysuhteen perheiden kanssa, jossa yhdessä luodaan suunnitelmaa lasten, nuorten ja perheiden pulmallisiin tilanteisiin. Tämä edellyttää avointa, voimavarakeskeistä ja kunnioittavaa työtapaa.

Työntekijöitä on koulutettu kunnioittaviin, avoimiin ja dialogisiin kohtaamisiin huoli puheeksi - koulutuksissa. Huolen puheeksiottaminen on Stakesissa (Eriksson, Arnkil) kehitetty ennakoitimenetelmä jolla tuetaan työntekijöitä tarttumaan huolitilanteisiin varhain ja tukea tarjoten. niin että vuoropuhelu asiasta voi jatkua. Tavoitteena on synnyttää työntekijän ja perheen yhteinen ”liittoutuma” lapsen/nuoren tilanteen tukemiseksi. Keskeistä puheeksiottamisessa on työntekijän omaan huoleen tarttuminen. Apuna tässä on huolenpuheeksiottamisen ennakoitilomake, joka auttaa valmistautumaan puheeksiottoon. Ennakointilomakkeen avulla tehdään tietoista ennakoitua omien tekojen seurauksista, jäsenetään omaa huolta ja omia toimintamahdollisuuksia, kartoitetaan voimavaroja, mietitään tarjottavaa tukea sekä pohditaan huolen sanoittamista. Varhaisen puuttumisen hankkeen aikana Nurmijärven kuntaan on koulutettu huolen puheeksioton kouluttajia, jotka ovat kouluttaneet kunnan lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentelevää henkilöstöä. Koulutuksista kerätyn palautteen ja työntekijöille suunnatun kyselyn (Varhainen puuttuminen ja yhteistyö lasten, nuorten ja perheiden palveluissa/ peruskartoitus työntekijöille 11/2006) mukaan koulutusta ja puheeksioton menetelmää pidetään hyödyllisenä.

Dialogiset neuvonpidot

Aina hyväkään yhteistyö työntekijän ja perheen kanssa ei ole riittävää, vaan tilanteeseen tarvitaan läheisverkoston ja muiden työntekijöiden voimavaroja, tarvitaan verkostoitumista. Hyvän ja jäsenyneen verkostomaisen työskentelyn synnyttämiseksi on Nurmijärvellä varhaisen puuttumisen hankkeen

aikana otettu käyttöön dialogiset verkostopalaverit. Tällaisia ennakointidialogi - palavereja varten kuntaan on koulutettu verkostokonsultteja, joiden tehtävänä on organisoida verkostopalaveria. Verkostokonsultit huolehtivat siitä, että jokainen palaveriin osallistuja saa tilaisuuden kuulla muiden ajatuksia ja voi puhua omasta näkökulmastaan.

Verkostopalaverissa ei haeta syyllisiä tai vajavuuksia, vaan pyritään yhdistämään voimavaroja ja ihmisiä. Palaverien tarkoituksena on yhdessä perheen, lähiverkoston ja työntekijöiden kanssa saada aikaan lasta/nuorta/perhettä tukeva suunnitelma. Palaverit selkiinnyttävät perheen ja työntekijöiden työnjakoa ja antavat monipuolisen perustan jatkosuunnitelman tekemiseen. Suunnitelmaan osallistuvat muodostavat tiimin, joka on jatkossa lapsen/perheen tukena.

Verkostokonsulttien tehtäviin kuuluu asiakastilanteisiin suunnattujen palaverien lisäksi alue- ja teemanuovonpitojen, suunnittelupalaverien vetäminen. Alueneuvonpitoja järjestetään, kun halutaan selvittää, miten tietyn alueen lapset/nuoret voivat. Niissä tarkastellaan kyseisen alueen yhteisiä kehittämiskohteita. Teemanuovonpitoja järjestetään silloin, kun halutaan tarkastella useita koskevaa pulmallista tilannetta. Tavoitteena on yhdessä muiden toimijoiden kanssa laatia huolta vähentävä toimintasuunnitelma. Suunnittelupalaveri antaa monipuolisen pohjan toimialan/yksikön/kunnan tms. strategia- tai toimintasuunnitelman laatimiseen. Nurmijärvellä on vuodesta 2003 pidetty reilu sata verkostokonsulttien ohjaamaa palaveria ja niistä on kerätty välitöntä palautetta. Niissä verkostotapaamiset mielletään mielekkäiksi ja hyödyllisiksi niin työn tekijöiden kuin perheidenkin näkökulmasta.

Keskeisenä yhteistyökumppanina Nurmijärven varhaisen puuttumisen hankkeessa on ollut sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Stakes. Siellä on seurattu ja tutkittu dialogisten verkostopalaverien toteutumista ja vaikutusta valtakunnallisesti. Palavereista saatu välitön palaute on hyvää ja Riitta- Liisan Kokon tutkimuksen (Tulevaisuuden muistelu – ennakointidialogit asiakkaan kokemana syksyllä 2006) mukaan asiakkaat (perheet) kokevat palaverit erittäin hyödyllisiksi. Palaverit selkeyttävät tilannetta ja niissä tehdyt suunnitelmat ovat konkreettisia ja auttavat arjen sujumista ja luovat toiveikkautta tulevaisuuteen.

Nurmijärven kunnan ja Stakesin on yhteistyössä tarkoitus kehittää edelleen varhaisen puuttumisen toimintaa sekä luoda toiminnan vaikuttavuuden seurantaan ja arvioimiseen välineitä.

C Varhaiskasvatus NYT

Vaikuta vanhempi -kysely ja sen tuloksia

Eeva-Liisa Kronqvist, lehtori
Oulun yliopisto
etunimi.sukunimi@oulu.fi

Varhaiskasvatuksen laadun arviointi ja seuranta on valtakunnallisesti tärkeä tehtävä. Varhaiskasvatuksen laatua onkin tutkittu verraten paljon sekä kansainvälisellä että kansallisella tasolla ja sitä on viime vuosina pohjustettu myös useissa Stakesin hankkeissa. Näiden hankkeiden pohjalta on noussut ilmeiseksi säännöllisen laatuksatoksen tarve, jolla voidaan arvioida palvelujen laatua ja ongelmakohtia. Myös valtakunnalliset asiakirjat velvoittavat laadun seurantaan. Laatua voi tarkastella usealla eri tasolla. Valtakunnallinen näkökulma laatuun voisi seurata laadun toteutumista ohjauksen, linjausten, palvelujen saannin ja tasa-arvoisuusnäkökulman sekä lainsäädännön että palvelurakenteen kannalta. Kunnan näkökulmassa korostuu palvelujen tuottaminen ja toteutuminen, voimavarojen jakautuminen sekä tasa-arvoisuus. Varhaiskasvatuksen organisaatioita puolestaan kiinnostaa tavoitteet, toiminnan ohjaus ja organisaation toimivuus. Työntekijän näkökulmasta laatu merkitsee työn tavoitteiden ja tulosten toteutumista ja työn kehittämistä ja asiakkaan laatuunäkemyksessä nousevat esille esimerkiksi palvelu-

jen saatavuus, palvelukyky sekä ammatillisuus ja kustannukset (Portell & Malin 2007). Vanhempien näkökulma asettuu näiden välimaastoon ja sillä on merkittävä vaikutus varhaiskasvatuksen laadun seurannassa. On todettu, että vanhempien osallisuus edistää hyvää varhaiskasvatusta ja sen avulla voidaan ennalta ehkäistä lasten myöhempiä sopeutumisvaikeuksia esiopetuksessa ja koulussa. Vanhempien näkökulmien kuunteleminen ja kasvatuskumppanuuden ajatus velvoittaa varhaiskasvatuspalvelujen toteuttajia ottamaan vanhemmat entistä paremmin huomioon palveluja suunniteltaessa. ”Vaikuta vanhempi” -kysely on osa varhaiskasvatuksen laatukatsausta ja se fokuoitiu palvelujen käyttäjien näkökulmiin.

Valtakunnallinen ”Vaikuta vanhempi” -kysely suunnattiin kaikille varhaiskasvatuspalveluja käyttävien lasten huoltajille. Tiedottaminen tapahtui varhaiskasvatusyhdyshenkilöverkoston sekä tiedotusvälineiden kautta. Kysely toteutettiin internet-pohjaisena kyselynä ja sen laadinnassa hyödynnettiin aikaisempien lauluhankkeiden teemoja. Teemat liittyivät varhaiskasvatuspalveluihin, niiden toteutumiseen ja tärkeyteen, toimintaympäristöön sekä yhteistyöhön vanhempien kanssa. Vastaajia oli yhteensä yli 3500 ja tulosten mukaan vanhemmat olivat verraten tyytyväisiä varhaiskasvatuspalveluihin. Erityisesti he arvostivat henkilöstön osaamista ja ammattitaitoa. Varhaiskasvatuspalvelujen merkitys nähtiin erityisesti lapsen sosiaalisen kehityksen kannalta tärkeänä. Varhaiskasvatuksen toimintaympäristöä arvioitiin myös: ulkoisen ympäristön suhteen oli korjaamisen varaa, mutta lapsen viihtyvyys koettiin hyväksi sekä päiväkodissa että perhepäivähoidossa. Tuloksia verrattiin myös joidenkin taustamuuttujien suhteen. Tiedottamista ja yhteistyötä arvioitiin sekä kunnan että päivähoitopaikan tasolla. Yhteistyötä ja osallisuutta oman lapsen varhaiskasvatukseen pidettiin tärkeänä ja yli puolet vanhemmista oli samaa mieltä siitä, että he voivat käydä riittävästi keskusteluja ja voivat vaikuttaa lapsensa varhaiskasvatussuunnitelmaan. Mielipiteitä verkkopalveluista vanhempien tukemisessa tiedusteltiin myös. Kysely keskittyi tällä kertaa varhaiskasvatuspalveluita käyttävien mielipiteisiin laatuun liittyivistä tekijöistä. Tavoitteena on, että jatkossa myös henkilöstön ja kuntatason näkemyksiä varhaiskasvatuksen laatuun ja kehittämiseen arvioidaan säännöllisesti.

Varhaiskasvatuksen kansainvälisiä näkökulmia

Päivi Lindberg, erikoissuunnittelija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Kiinnostus varhaiskasvatuspolitiikan ja palvelujen kehittämiseen on kasvanut useissa rikkaissa maissa (OECD maat). Kehittäminen on saanut vauhtia tutkimuksista, joiden mukaan laadukkaalla varhaiskasvatuksella on todettu olevan huomattavia vaikutuksia lasten kehitykseen ja oppimiseen. Perherakenteiden muuttuessa ja naisten työssäkäynnin lisääntyessä myös päivähoitoa tarjoavien palvelujen tarve kasvaa. Koska lastenhoito edelleen on pääosin perheissä naisten vastuulla, päivähoitopalveluja organisoimalla vaikutetaan sukupuolten väliseen tasa-arvoon, erityisesti naisten yhtäläisiin mahdollisuuksiin osallistua työelämään.

Suomi on jo lähes kymmenen vuoden ajan ollut mukana laajassa varhaiskasvatuksen kansainvälisessä verkostossa. OECD:n teematutkintaan (Thematic Review of Early Childhood Education and Care Policy) osallistui yhteensä 20 maata vuosina 1998–2006. Arvioinnin tarkoituksena oli saada vertailukelpoista materiaalia eri maiden varhaiskasvatusjärjestelmistä ja varhaiskasvatuspoliittisista ratkaisuisista. Tutkinnan kohteena olivat kaikki alle kouluikäisille tarkoitetut hoidon, kasvatuksen ja opetuksen järjestelyt, riippumatta järjestämisympäristöstä, rahoituksesta, aukioloajoista, tai toiminnan sisällöistä. Tarkastelun kohteena olivat myös perheille suunnatut tukimallit sekä terveys-, työllisyys- ja sosiaalipoliittiset ratkaisut. OECD:n verkostosta alkanut työ jatkuu edelleen vuonna 2007 aloitetun kansainvälisen Starting Strong -Networkin kautta, jossa myös Suomi on mukana.

Varhaiskasvatuksen kansainvälinen vertailu on osoittautunut haasteelliseksi. Poliitiikka ja järjestelmät ovat sidoksissa kunkin maan yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen kontekstiin. Usein on haasteellista jopa määritellä, mitä asioita tulisi vertailla. OECD:n arviointi on tähänastisista policy-tason vertailuista laajin. Sen pohjalta OECD on tehnyt rohkeasti suosituksia varhaiskasvatusjärjestelmien kehittämiseksi eri maissa. Lisäksi Starting Strong -raporttien tuloksiin pohjautuen UNICEFin Innocenti -keskus on parhaillaan viimeistelemässä varhaiskasvatusjärjestelmien laatuprofilia rikkaille maille. Profiilissa arvioidaan kunkin maan järjestelmiä neljään kategoriaan sijoitettujen kriteerien avulla. Jo kriteerien laatimisvaiheessa ongelmaksi muodostuivat maiden erilaiset kontekstit, terminologian määrittely sekä tiedonkeruun eroavaisuudet. Eri maiden varhaiskasvatuksen järjestelmiä voidaan tarkastella joidenkin kriteerien kautta, jotka antavat suuntaa kehittämistyölle, mutta aukotonta kuvaa laadusta nämä vertailut eivät tuota.

Hyvin karkeasti eri maiden varhaiskasvatuksen järjestelmät voidaan jakaa kahteen kategoriaan. Pääosin Pohjoismaissa, mutta joiltain osin myös muutamissa sosiaalipedagogiseen traditioon pohjaavissa Keski-Euroopan maissa varhaiskasvatuksen järjestelmät ovat integroituja, eli sekä esiopetuksessa että päivähoitopalveluissa toteutetaan tavoitteellista varhaiskasvatusta, joka muodostuu hoidon, kasvatuksen ja opetuksen kokonaisuudesta. Eriävien järjestelmien maissa hoidolliset ja opetukselliset tehtävät erotetaan toisistaan jo järjestelmätasolla. Useimmiten tämä ero tapahtuu järjestelmässä kolmen vuoden iässä. Eriävien ja integroitujen järjestelmien eroavaisuudet näkyvät kaikilla tasoilla: hallinnossa, palvelujen järjestämisessä, sisällöissä / opetus suunnitelmissa, sekä laadussa yleensä.

Jokaisen maan olisi tärkeää löytää omaan kulttuuriseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiinsa soveltuvia kehittämisen näkökulmia. Tärkeää on, että varhaiskasvatuksen kehittämistyö perustuu selkeään linjaraan politiikkaan, lainsäädäntöön ja julkiseen rahoitukseen. Vaikka kansainväliset vertailut ja arvioinnit eivät pystykään tuottamaan objektiivista kuvaa maiden rajat ylittävästä varhaiskasvatuksen laadusta, tuovat ne näkyväksi erilaisia järjestelmiä ja nostavat esiin laadukkaan varhaiskasvatuksen merkityksen ja kehittämistyön tärkeyden, ja siten vahvistavat varhaiskasvatuksen asemaa eri maissa.

D Kouluterveyskyselyn hyödyntäminen: Tietoa on - entä sitten?

Kouluterveyskyselyn hyödyntäminen – johdatusta malleihin ja menetelmiin

Tiina Tervaskanto-Mäentausta., THM
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@oamk.fi

Koululaisten ja nuorten terveyden edistäminen on yhteinen haaste perheille, kouluille, sosiaali- ja terveydenhuollolle, nuorisotoimelle ja kaikille nuorten kanssa toimiville tahoille. Yksi toimijataho ei yksin voi vaikuttaa tämän päivän nuorten kasvaviin terveys- ja hyvinvointiriskeihin ja uhkiin. Koululaisia ja nuoria ei ole osattu mukaan oman tulevaisuutensa ja valintojensa pohdintaan. Tarvitaan suunnitelmallista, moniammatillista yhteistyötä. Koululaisten terveydestä on kerätty systemaattisesti tietoa jo vuosia. Tutkittua tietoa ei ole osattu myöskään tehokkaasti hyödyntää kunta- eikä koulutasolla terveyttä edistävän toiminnan perustana.

Kouluterveyslähettilästoiminnan (Stakes 2003 läht.) tarkoituksena on auttaa ja tukea kuntien ja koulujen toimijoita hyödyntämään Kouluterveyskyselyn (KoTeKy) välittämää tietoa sekä kuntatason että koulutason toimintamallien kehittämisessä. Lähettilästoimintaa on pilotoitu vuosina 2005-7 Pohjois-Karjalan, Oulun ja Kajaanin alueilla Kouluterveyskyselystä toimintaan -hankkeessa. Avainhenkilöinä ovat toimineet ammattikorkeakoulujen lehtorit / kouluterveyslähettiläät. Hankkeen tuloksena on syntynyt eri tason toimintamalleja ja menetelmiä, joissa on hyödynnetty eri tavoin tutkittua tietoa koulu- ja nuorten terveyttä edistävän toiminnan pohjana.

Kehittämistoiminnan lähtötilanteessa mallinnettiin mahdollisuuksia KoTeKy:n hyödyntämiseksi eri toiminnan tasoilla kunnissa. Malli nimettiin ”munamalliksi”. Eri paikkakunnilla kehittämistoiminta käynnistyi kunkin alueen lähtötilanteen ja aikaisempien kokemusten pohjalta. Kouluterveyslähettiläs oli kehittämistoiminnan koordinaattorina ja asiantuntijana kullakin paikkakunnalla. Jokaisella alueella syntyi koulukohtaisia toimintamalleja ja uusia yhteistoiminnallisia menetelmiä koulu yhteistyötason terveyttä edistävään toimintaan. Oppilashuoltoryhmä tai vast. oli avainroolissa koulutason toiminnassa. Koulujen kehittämistyössä oli mukana ammattikorkeakoulujen opiskelijoita. Tästä syntyi uusia oppimisen ja opettamisen malleja. Opiskelijat saivat mahdollisuuden olla mukana alueellisessa kehittämistyössä, mikä on myös Ammattikorkeakoululain haaste. Hankkeessa toimintaa kehitettiin ja mallinnettiin myös kuntatasolla. Nuorten hyvä tulevaisuus oli asia, joka innosti moniammatillisen yhteistyön tiivistämiseen kuntatasolla. Kuntatason toiminta liittyi läheisesti myös terveyden edistämisen johtamisen kehittämiseen kunnassa.

Kolmen pilottialueen kehittämistyön pohjalta syntyi toimintamalli, joka mallintaa KoTeKy:n tulosten hyödyntämisprosessia eri kunta- ja koulutasojen toiminnassa syklimäisesti kyselystä toiseen. Uusi kysely käynnistää tilannearvion, jonka avulla toimintaa suunnataan ja painotetaan tulosten mukaan. Olennaista on verkostomainen tavoitteellinen toiminta, joka yhdistyy toisaalta kuntatason päätöksentekoprosessiin ja toisaalta koulujen ja nuorten arjessa tapahtuvaan terveyttä edistävään toimintaan.

Kouluterveyskyselystä toimintaan mallin kehittäminen Kajaanissa

Leena Lerssi, lehtori , kouluterveyslähettiläs
Kajaanin ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@kajak.fi

Hankkeessa edettiin tavoitteiden mukaisesti koulu yhteistyön terveydellisen lähtötilanteen kartoituksesta, tavoitteiden asettamisesta toimintaan ja sen arviointiin. Toimintaa kokeiltiin ja arvioitiin yhdellä koululla, jonka jälkeen toimintaa laajennettiin koko kunnan alueelle. Kehittämisen pohjana olivat oppilaille, vanhemmille, opettajille ja oppilashuoltoryhmille sekä oppilaskuntien hallituksille tehtyjen haastattelujen tulokset. Kehittämistyössä olivat mukana perusopetuksen ja nuorisotyön edustajat kunnallisella tasolla. Keskeisinä toimijoina koulutasolla olivat oppilaat, oppilashuoltoryhmä ja oppilaskunnan hallitus. Toimintaa koordinoi oppilashuoltoryhmä. Kouluterveyslähettiläs ohjasi toimintaa tuoden koulu yhteistyön terveyttä edistävään työhön myös ammattikorkeakoulun opiskelijat. Lisäksi Kajaanissa oli painopisteenä oppilaiden osallisuus. Toiminta eteni Kajaanissa seuraavien vaiheiden kautta.

I vaihe: 2005–2006

- Terveyttä edistävän toiminnan tukeminen yhdellä peruskoululla
- Arvioinnin tuloksena toimintamallin kehittäminen yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa

II vaihe: 2006–2007

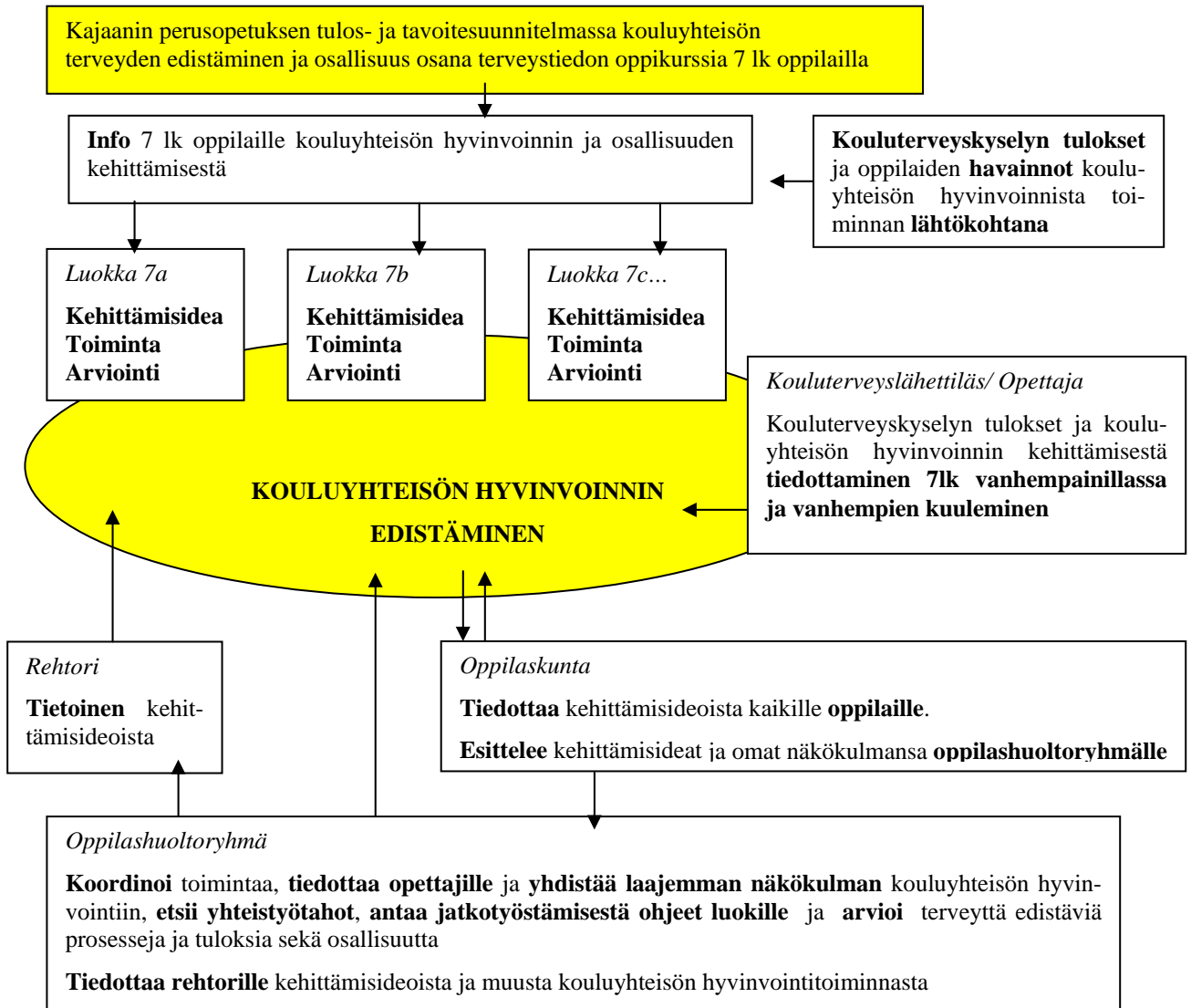
- Terveyttä ja osallisuutta tukevan toimintamallin testaaminen alueen neljässä peruskoulussa
- Prosessin ja saavutettujen tulosten arviointi

III vaihe: 2007–

- Toimintamallin juurruttaminen koulu yhteisön omaksi toiminnaksi kaikkiin alueen perusopetuksen yläkouluihin

Toimintamalli

Tarkoituksena on tukea koulu yhteisöjen terveyden ja osallisuuden edistämistä jatkuvaksi ja itsenäiseksi toiminnaksi ja näin edistää koulu yhteisöjen terveyttä (KUVIO 1)

Koulu yhteisön hyvinvointi ja osallisuus

KUVIO 1. Kajaanin toimintamalli koulu yhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden osallisuuden edistämiseksi.

Toimijat

Keskeisinä toimijoina ovat 7. luokan oppilaat terveystiedon opettajien johdolla. Oppilashuoltoryhmä koordinoi toimintaa osana ennaltaehkäisevää työtä ja tarvittaessa laajentaa toiminnan näkökulmaa laajempaan kokonaisuuteen. Terveydenhoitaja oppilashuoltoryhmän jäsenenä tuo yhteisön terveydenhoidon asiantuntemuksen koulu yhteisön käyttöön. Oppilaskunnan hallitus ohjaavan opettajansa johdolla toimii myös osaltaan koordinoivana ryhmänä, jonka tehtävänä on tarkastella 7. luokan toimintaa koko koulun oppilaiden kannalta ja välittää tieto

oppilaille sekä oppilashuoltoryhmälle. Rehtorin ja koko muun kouluyhteisön tuki tarvitaan toiminnan toteuttamiseksi.

Yhteistyökumppanit voivat vaihdella kulloisenkin teeman mukaisesti. Ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat tuottavat tarvittaessa erilaisia terveyttä tukevia interventioita kouluyhteisölle omien opettajiensa johdolla.

Rakenne

Toiminnan edellytyksenä on sen kytkeminen osaksi perusopetuksen asiakirjoja, jolloin kouluyhteisön on mahdollista toteuttaa toimintaa osana opetussuunnitelmaa.

Toimijoiden ollessa 7. luokan oppilaita ja heidän toimiessaan osana terveystiedon tunteja on ajankäyttö osa heidän opintojaan. Tämä edellyttää terveystiedon opettajalta terveystiedon opetussuunnitelman tarkastelua ja opetusmenetelmien muokkaamista osallisuutta tukeviksi. Lisäksi arvioinnissa tulisi huomioida oppilaiden kokemuksellinen tietotaito. Oppilaskunnan hallituksen ajankäyttöä ei voida kytkeä osaksi opintoja, joten se perustuu edelleen haluun hoitaa yhteisiä asioita välitunneilla. Oppilashuoltoryhmälle toiminta asettaa selkeän vaatimuksen ajankäytön ohjaamiseen myös ennaltaehkäisevään työhön korjaavan työn ohella.

Prosessi

Oppilaat tarkastelevat terveystiedon oppitunneilla Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimustulosten ja omien havaintojensa perusteella oppilaat tekevät luokkakohtaisen ehdotuksensa kouluyhteisön terveyden edistämiseksi.

Luokkien edustajat esittelevät ehdotuksensa oppilaskunnan hallitukselle, joka tarkastelee ehdotusta koko koulun oppilaiden kannalta. Oppilaskunnan hallitus esittelee ehdotukset edelleen oppilashuoltoryhmälle. Oppilashuoltoryhmä ja rehtori käsittelevät ehdotukset ja tukevat luokkien jatkotoimintaa ohjein ja neuvoin. Oppilashuoltoryhmän tehtävänä on myös tarkastella ehdotuksia suhteessa laajempaan kouluyhteisön terveyttä edistävään toimintaan ja tarvittaessa käynnistää toimintaa yhteistyökumppaneiden kanssa.

Saamiensa ohjeiden avulla luokat tarkentavat toimintasuunnitelmansa ja toteuttavat suunnitellun toiminnan osana terveystiedon ja luokanvalvojan tunteja. Lukukauden lopussa arvioidaan prosessin onnistumisesta ja terveystavoitteiden saavuttamisesta.

Mallin tavoitteena on tukea kouluyhteisöjä jatkuvaan omaehtoiseen terveyttä ja oppilaiden osallisuutta tukevaan toimintaan.

Terve, tulevaisuus! -toimintamalli

Seppo Voutilainen, ylilääkäri
Oulun sosiaali- ja terveystoimi
etunimi.sukunimi@ouka.fi

Oulu on ollut mukana Stakesin Kouluterveyskyselyssä peruskoulun 8. ja 9. ja lukion 1. ja 2. luokkalaisille vuodesta 1997 lähtien. Kouluterveyslähettilään aloitteesta perustettiin syksyllä 2005 työryhmä, jossa eri hallintokuntien viranomaiset ja yhteistyökumppanit analysoivat vuoden 2005 tuloksia yhdessä ja suunnittelivat toimintamallin tulosten hyödyntämiseksi. Kouluterveyskyselyn kokonaiskuva Oulusta osoitti lasten ja nuorten terveyteen, terveystottumuksiin, elinoloihin ja koulutyöhön liittyvien seikkojen olevan selkeästi yhteydessä perheeseen ja vanhemmuuteen, uskallukseen olla aikuinen sekä lasten ja aikuisten väliseen vuoro-

vaikutukseen. Tulosten pohjalta rakennettiin lapsille ja nuorille sekä heidän kanssaan toimiville aikuisille suunnattu kaikkien hallintokuntien yhteinen toimintamalli.

Terve, tulevaisuus!- toimintamallissa tavoitteena on:

- lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
- nuorten oman terveystietoisuuden ja osallisuuden lisääminen
- vastuullisen vanhemmuuden ja aikuisuuden tukeminen
- hyvinvointia ja terveyttä edistävän arjen kulttuurin vahvistaminen.

Terve, tulevaisuus! -toimintamallilla haluamme tukea ja vahvistaa lasten ja aikuisten välistä vuorovaikutusta sekä vaikuttaa lasten, nuorten ja perheiden terveystietoisuuteen, terveystottumuksiin ja terveyteen. Olennaista on yhteistyö perheiden, eri viranhaltijoiden ja toimijoiden kesken sekä nuorten oman osallisuuden vahvistaminen. Kokoamme hyviä käytänteitä yhteen ja välitämme tietoa nuorille ja heidän kanssaan toimiville sekä tuemme terveystiedon ja oppilashuollon suunnittelua ja toimintaa.

Toimintamallilla vahvistamme moniammatillista yhteistyötä lasten ja nuorten hyväksi, jolloin koulu toimii eri toimijoiden kohtaamispaikkana. Olennaista oli suunnitella ja toteuttaa toimintaa yhdessä alueellisten moniammatillisten tiimien, oppilashuoltoryhmien, yhteistyötahojen ja perheiden kanssa sekä valita toimintamallista alueen tarpeiden mukaisia ja alueelle luontevia teemoja ja toimintoja.

Työryhmä valmisti räätälöidyt tiedotteet 1.-, 3.-, 5.-, ja 6.- luokkalaisten sekä yläkoululaisten vanhemmille. Kussakin tiedotteessa jaettiin tietoa ko. ikäisten lasten kehitykseen liittyvistä asioista sekä vinkkejä vanhemmuuteen ja arjen pyörteisiin. Vinkit liittyivät mm. lasten kuuntelemiseen, yhteiseen aikaan, selkeisiin rytmeihin, rajojen asettamiseen, koulussa tukemiseen, liikenneturvallisuuteen, uneen ja lepoon, murrosiän ja seksuaalisuuden kohtaamiseen, ristiriitojen käsittelyyn ja päihdekokeiluihin. Työryhmä ja alueelliset moniammatilliset tiimit järjestivät myös tilaisuuksia vanhemmille ko. aiheista. Toimintamalli kiinnittyi myös kaupungin kulttuuripääkaupunki Oulu11 -hakemukseen ja Oulun vireään lasten- ja nuorten kulttuuritarjontaan.

Työryhmä arvioi ja päivittää toimintamallia kouluterveyskyselyn tulosten pohjalta joka toinen vuosi. Koko kunnan hyvinvoinnin kehitystä seurataan ja arvioidaan hyvinvointibarometrilla. Toimintamalli liittyykin TEJO-Oulu -hankkeessa kehitettyyn hyvinvoinnin seurantajärjestelmään osana strategioiden toteutumisen arviointia ja sen tulosten jalkauttamiseen kuntalaisten, yhteisöjen ja koko kunnan hyvinvoinnin edistämiseksi. Päämäärä on kaupungin strategian mukaisesti maan hyvinvoivin ja tervein väestö vuoteen 2015 mennessä.

E Vanhuspalvelujen johtaminen vertailutiedon avulla

Johdattelua vertailuun

Anja Noro, THT, Tutkimuspäällikkö,
CHESS, Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Suurena haasteena kuntatason päätöksenteossa on kohdentaa henkilöstön ammatillinen osaaminen asiakkaiden tarpeisiin siten, että annettu palvelu on laadukasta ja vaikuttavaa. Vertailutieto asiakkaiden hoidon tarpeesta ja kunnosta, henkilöstön rakenteesta, määrästä ja hyvinvoinnista, sekä hoitokäytännöistä että hoidon vaikuttavuudesta antaa tarvittavaa tukea toiminnalle. Asiakkaiden tarpeiden perusteella tehty hoidon kohdentaminen ja hoitopaikan valinta auttaa sekä resurssien kohdentamisessa että asiakkaiden kunnan säilyttämisessä. Hoidon kaikilla tasoilla olisi tarpeen toimia asiakkaiden oma-toimisuutta ja itsenäistä suoriutumista tukevasti.

Hyvät käytännöt, toiminnan kehittäminen ja johtaminen edellyttävät tutkittua ja luotettavaa vertailutietoa. Perustietoa ja kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä on saatu kahdesta hankkeesta 1) RAI - järjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking, jota on toteutettu vuodesta 2000 alkaen laitoshoidossa, ja 2) RAI-järjestelmän käyttöönotto ja kotihoidon benchmarking, jota on toteutettu vuodesta 2003 alkaen. RAI (Resident Assessment Instrument) on arviointiväline, jonka avulla asiakkaan hoidon tarvetta ja hoidon vaikutuksia voidaan arvioida. RAI-arviointien lisäksi molemmissa hankkeissa kootaan osastokohtaisia henkilöstö- ja toimintatietoja sekä kustannustietoja, joiden perusteella selvitetään henkilöstörakennetta ja -mitoitusta sekä tuottavuutta.

Mitä henkilökunnan pitäisi siis tietää asiakkaistaan, jotta hoitoa pystyttäisiin kohdentamaan oikein? Ajankohtaista tietämystä tarvitaan siitä mitä kaikkea voidaan tehdä asiakkaiden kunnan edistämiseksi tai kunnan ylläpitämiseksi ennallaan. Kuntoutumisen mahdollistava hoitotyö ja sen toteuttaminen edellyttää arviointia siitä keitä ovat ne asiakkaat, jotka siitä voisivat hyötyä. Asiakkaiden arviointi itsessään on tärkeä prosessi, joka vaatii oikeanlaiset ja tarkoituksenmukaiset arviointivälineet vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi. Mikäli tieto lähtee asiakkaista ja heidän tarpeistaan voidaan ajatella asiakaslähtöisyyden toteutuvan parhaimmassa muodossaan.

Esityksessä käydään läpi muutamia tuloksia vertailukehittämissankkeiden tuottamista muutoksista ja kehittämismahdollisuuksista. Kuinka siis hyödyntää vertailutietoa? Henkilöstö voi kehittää omaa työtään ja seurata oman toimintansa vaikuttavuutta sekä yksilö- että osastotasolla. Mitä yksityiskohtaisemmin ja tarkemmin tietoa kootaan, sitä luotettavampaa vertailutieto on käytettävissä ja siten saadaan oma työ näkyväksi. Kun hoidetaan moniongelmaisia ja monisairaita asiakkaita sitä tärkeämpää on tunnistaa asiakkaalla olevat ongelmat ja jäljellä olevat voimavarat, jotta häntä voidaan auttaa.

Vertailutietoa voidaan hyödyntää sekä yksikkö/aluetasolla perusteena oman toiminnan vahvistaminen että johtamisessa oikeudenmukaisten ja läpinäkyvien päätösten ja prosessien toteuttamisessa. Vanhustenhuollossa vertailutietoa on käytettävissä hoidon laadusta, josta esille nousee mahdollisia ongelmia, joita voidaan lähteä ratkomaan erilaisilla kehittämishankkeilla tai työpaikkakoulutuksella.

Kun vertailutiedon tuottaminen on jatkuva prosessi, ajantasainen seuranta asiakasrakenteesta on johtajien käytettävissä, jotta resurssit voidaan kohdentaa niille yksiköille ja alueille, joissa tarve on suurin. Toisaalta johtajat tarvitsevat myös tietoa siitä, mitä asiakkaille tapahtui palveluihin suunnatuilla resursseilla. Luotettavaa ja vertailukelpoista näyttöä tarvitaan myös keskusteluissa kunnan poliittisten päättäjien kanssa. Tilanteessa, jossa koko kunnan vanhustenpalvelut ovat vertailutiedon tuottamisen piirissä, voidaan tarkemmin arvioida vanhuspolitiikan tavoitteiden toteutumista sekä verrata ja suhteuttaa oman toiminnan toteutumista toisiin kuntiin.

Lisätietoa:

Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A (toim). 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes.

Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U, Laine J, Vähäkangas P, Kerppilä, Storbacka R. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes. Aiheita 17/2001. Helsinki.

Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes.

<http://info.stakes.fi/finrai>

Kuntouttava hoitotyö vertailutiedon valossa

Pia Vähäkangas, erikoissuunnittelija, THM
Kokkolan yliopistokeskus Chydenius
pia.vahakangas@chydenius.fi

Ikääntyneiden määrän ennustetaan kasvavan Suomessa lähivuosikymmenien aikana. Vuoden lopussa yli 65 -vuotiaita oli 16 % koko väestön määrästä ja määrän ennustetaan nousevan 10%:lla vuoteen 2030. Yli 65-vuotiaista 4 % hoidetaan laitoksissa, heistä suurin osa on yli 75-vuotiaita. Laitoshoidossa olevilla on paljon fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn vajeita. Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn alueella kuten syömisestä, hygienian hoidon, wc:n käytön ja liikkumisen osalta autettavia tai täysin autettavia on vanhainkodeissa 40 % ja terveyskeskuksissa kolme neljäsosaa. Lisäksi hoidettavilla on monenlaisia yhtäaikaista sairauksia. (SVT 2007).

Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä on tärkeä merkitys laitoshoidossa, sillä sen avulla voidaan tukea monisairaana ikääntyneen päivittäistä selviytymistä, ennaltaehkäistä heikentymistä ja parantaa elämänlaatua. Tässä esityksessä tarkastellaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä hoitajan toiminnan näkökulmasta RAI (Resident Assessment Instrument)järjestelmän tuottaman tiedon pohjalta.

RAI tietojärjestelmä perustuu asiakaspohjaiseen RAI arviointiin, joka sisältää kysymyksiä eri toimintakyvyn osa-alueilta kuten esimerkiksi kognitiosta, fyysisestä suoriutumisesta, ihosta ja sen hoidosta, psykososiaalisesta hyvinvoinnista, inkontinenssista, näöstä, kuulosta, kivusta ja lääkityksestä. Samalla myös selvitetään asiakaskohtaisesti kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrää. Tiedot kootaan kaavakkeelle tai tallennetaan suoraan tietokoneelle. Asiakkaan arvioinnin suorittaa sairaanhoitaja tai hoitotiimi. Kerätyn tiedon pohjalta ohjelma tuottaa asiakastasolla RAI mittariarvoja, joita voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa. Osasto- tai esimerkiksi myös kuntatasolla voidaan tarkastella mahdollisia hoidon laadun epäkohtia esiintyvyytenä tai ilmaantuvuutena RAI laatuindikaattoreiden avulla.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisessä on tärkeä arvioida lähtötilanne, määritellä tavoitetaso, johon pyritään sekä arvioida muutostarpeet. Vertailutiedon avulla voidaan oppia hyvistä käytännöistä. RAI tietojärjestelmän käyttö mahdollistaa organisaatioiden välisen toiminnan ja hoidon tulosten vertailun Stakesin tuottaman tiedon pohjalta. Tietoja voidaan verrata verrokiosastoon tai maan yleisiin keskiarvioihin. Seuraavassa tarkastellaan kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrää, kohdealueita ja yhteyttä hoidon laatuun. Tulokset kuvaavat Suomen yleistä tilannetta RAI järjestelmää käyttävissä pitkäaikaishoitoksissa vuosina 2002 ja 2004.

Kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa tuotettiin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla keskimäärin vajaana kolmena päivänä viikossa niille asukkaille, joilla hoitajien arvioidun mukaan oli kuntoutumisen mahdollisuus. Toiminta kohdistui pääosin asukkaiden pukeutumisen ohjaamiseen ja tukemiseen (4 päivää viikossa) sekä siirtymisen harjoitteluun ja tukemiseen (3 päivää viikossa). Kuntoutumista edistävä hoitaja toiminta kohdistui asukkaisiin, joilla oli keskivaikea kognition alenema ja keskivaikeasti alentunut fyysinen suoriutuminen, virtsainkontinenssi, epävakaa terveydentila, yleinen toimintakyvyn heikkeneminen, masennus sekä hoidettaviin, jotka olivat kaatuneet. Myös sosiaalinen aktiivisuus ja hoitajan usko asukkaan kuntoutumisen mahdollisuuteen oli yhteydessä kuntoutumista edistävään hoitajan toimintaan. (Vähäkangas ym. 2006)

Päivittäinen kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta tuotti osastotasolla (n=52) parempia hoidon laadun tuloksia kuin verrokkiosastoilla (n=204), joilla kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa oli vähemmän. Päivittäistä kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa tuottavilla osastoilla asukkaat olivat enemmän sosiaalisesti aktiivisia ja vähemmän vuoteessa kuin verrokkiosastoilla vaikka asukkaat olivat toimintakyvyltään huonompikuntoisia edellä mainituilla osastoilla. Johtamisen käytäntöjä tutkittaessa voitiin nähdä, että johtamismallit muistuttivat ns. amerikkalaisten magneettisairaaloitten johtamismalleja niillä osastoilla (n=14), joilla kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa toteutettiin päivittäin. (Vähäkangas ym. 2008)

Lähteet

- SVT. 2007. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2005. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
- Vähäkangas P, Noro A & Björkgren M. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. (2006) *Journal of Advanced Nursing* 55(1), 29-35
- Vähäkangas P, Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M. (2008) Association between rehabilitation care practices and care quality in long-term care facilities. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(2), in press

Kilpailuttamisen, kumppanuus vai oma toiminta vanhuspalveluissa KILPA-hanke

Timo Sinervo, erikoistutkija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Yksityisten palveluiden käyttö ja kilpailuttaminen yleistyy nopeasti. Yleensä toiveena on alentaa kustannuksia. Useimpien tutkimusten mukaan vapaa kilpailu alentaa kustannuksia, ainakin aluksi. Mitä tapahtuu seuraavilla kilpailutuskierroksilla tai kun kysyntä ylittää tarjonnan? Kustannuksia seurataan, mutta kuinka usein on otettu huomioon asiakkaiden kuntoisuus kustannuksia vertailtaessa. Useimmiten kilpailutuksista huolimatta vanhuspalveluissa yksityisten palveluiden hinnoissa on vaihtelua. Olisiko mahdollista hinnoitella tuotetut palvelut asiakkaan hoidon tarpeen mukaan.

Kilpailutuksia on kritisoitu usein siitä, että hoidon laadulla on varsin pieni painoarvo. Voittojen maksimoinnin ja kustannusten leikkaamisen on pelätty johtavan hoidon laadun heikkenemiseen. Toisaalta kilpailun on oletettu parantavan laatua motivoimalla työprosessien kehittämiseen. Ajatuksena on, että pärjätäkseen kilpailussa yksityisen yrityksen on jatkuvasti kehitettävä toimintaansa. Laadun arviointi etukäteen on hankalaa, mikä lienee yksi selitys siihen, että kilpailutuksissa painoarvo on pieni. Entä miten laatumittauksia voisi käyttää jälkikäteen? Valvonta on luonnollinen vaihtoehto, mutta olisiko mahdollista luoda laatuun perustuvia kannustejärjestelmiä? Yksi vaihtoehto on, että kunta ja yksityiset tuottajat tekevät laadun kehittämistä yhteisen asian. Kun puhutaan kumppanuudesta yksityisten palveluiden ostamisen kohdalla, voisiko laadun kehittäminen olla yksi teema.

Uusimmissa kilpailutuksissa on ilahduttavasti otettu yhdeksi laatuksiteriksi henkilöstön hyvinvointi. Onko yksityisen palveluntuottajan henkilöstön hyvinvointi sitten kunnan asia vai eikö? Aiemmasta tutkimuksesta tiedetään, että henkilöstön kannalta kilpailutus on usein merkinnyt lisää epävarmuutta, lisää kuormitusta, irtisanomisia, alempia palkkoja sekä henkilöstön vaihtuvuutta. Toisaalta yksityisten organisaatioiden on todettu olevan paremmin johdettuja, työntekijöillä on enemmän vaikutusmahdollisuuksia ja organisaatiot ovat matalampia ja vähemmän byrokraattisia.

Tiedetään myös, että henkilöstön hyvinvointi on vanhusten laitoshuollossa jo nyt varsin heikolla tasolla. Voisi todeta, että vanhustenhuollon henkilöstön hyvinvointia ei ole enää varaa alentaa. Uutisotsikko Lääkäripäiviltä kertoi, että "Hoitajapulaa hoidetaan unilääkkeillä". Saman päätelmän voi tehdä tuoreesta Laura Pekkarisen väitöskirjasta, joka osoittaa, että niin unilääkkeiden kuin rauhoittavienkin lääkkeiden käyttö on yleisempää yksiköissä, joissa kiire on yleisintä ja henkilöstön vaikutusmahdollisuudet heikoimmalla tasolla. Sama trendi toistuu muiden laatumittareiden suhteen. Myös johtamisella on selvä yhteys laatuun.

Vaikka yksityisen palveluntuottajan henkilöstön hyvinvointi ei suoranaisesti olekaan ostajan vastuulla, on selvää, että siitä kannattaa olla kiinnostunut. Pitkällä tähtäimellä henkilöstön pahoinvointi näkyy hoidon laadussa. Siksi myös henkilöstön hyvinvointi kuuluu keskeisenä osana siihen vertailutietoon, jota palveluiden ostaja tarvitsee. Ehkä hoidon laadun ja henkilöstön hyvinvoinnin kehittäminen molemmat ovat hyviä kumppanuuden teemoja.

Esityksessä pohditaan sitä, miten vertailutietoja voidaan käyttää yksityisten palveluiden ostamisessa ja esitellään Stakesin ja Palkansaajien tutkimuslaitoksen keväällä 2007 käynnistynyttä tutkimusta. Tutkimus etsii noin 150 työyksikössä vastauksia siihen, mitä vaikutuksia yksityisten palveluiden ostamisella on hoidon laatuun, tuottavuuteen ja kustannuksiin sekä henkilöstön hyvinvointiin, kun asiakkaiden kuntoisuus otetaan huomioon.

F Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen käytännössä

Kunnallisen perusterveydenhuollon haasteet ja mahdollisuudet terveyserojen kautta

Timo Peisa, johtava lääkäri
Ranuan terveyskeskus
etunimi.sukunimi@ranua.fi

Suomalaisen terveydenhuollon perusrakenteet ovat erinomaiset.

Terveyskeskusjärjestelmä toi aikoinaan tasa-arvoiset palvelut sekä kattavan ennaltaehkäisevän toiminnan koko maahan. Selkeästi porrastettu kunnallinen terveydenhuolto on osoittanut kustannustehokkaaksi terveyspalveluitten järjestämisessä. Myös terveyskeskusten käyttämä moniammatillinen toimintamalli on ollut toimiva kansanterveydellisten ongelmien käsittelyssä. Tästä huolimatta *terveyskeskusten tilanne on tasaisesti kriisiytynyt* julkisen sektorin toiminnan tehostaminen vaateitten ja puutteellisen terveyspalveluitten kokonaisuohjauksen myötä. Kunnallisessa päätöksenteossa terveydenhuollon säästöpaineeet ovat kohdentuneet perusterveydenhuoltoon. Käytännössä kehitys on johtanut kysynnän ja rerurssien kasvavaan ristiriitaan. Ennaltaehkäisevien toimintojen rerurssija on leikattu reippaalla

kädellä. *Terveydenhuollon niukka kansantaloudellinen panostus* ei enää mahdollista väestön odotuksia vastaavien palveluitten tuottamista. Palvelujärjestelmän ongelmien myötä terveyskeskuksen imago on kolhiintunut niin väestön kuin työntekijöitten käsityksissä. Terveyskeskuksista katoaa asiakkaiden ohella myös sitoutuneet osaajat. Kunnallisen perusterveydenhuolto on ajautumassa vastaamaan neuvolatoiminnan ohella vain raskaimmista velvoitteista; päivystyspalvelut ja kaikkein huonoimmin jaksavan väestöosan hoitaminen. Riskiksi nousee taloudellisen resursoinnin edelleen kasvava riittämättömyys aktiiviväestön käyttäessä muita palvelukanavia.

Julkisen terveydenhuollon toimivuutta kannattavat periaatteessa kaikki. Samoin yksimielisyys perusterveydenhuollon roolin vahvistamisesta on jatkunut vuodesta toiseen. Taustalta löytyy toiminnan kokonaistaloudellisen tehokkuuden ohella myös aitoa halua turvata tasa-arvoiset palvelut kaikille väestöryhmille koko maahan. *Terveyden edistämisen kannalta julkinen perusterveydenhuolto on keskeisin palvelujärjestelmän toimija*. Terveyskeskusten vahvuutena ovat kaikkiin ikäryhmiin ulottuvat laajat asiakaskontaktit. Lisäksi kiinteä yhteys kunnalliseen päätöksentekojärjestelmään mahdollistaa laaja-alaisen koordinaattorin roolin terveyden edistämisessä. Terveyskeskustoimintaan keskeisesti liittyvää terveyden edistämisen väestötason vastuuta ei löydy muista perusterveydenhuollon palvelukanavista, joitten selkeänä rajoitteena ovat tiukat liiketaloudelliset tulosvastuut.

Suomi on lisääntyvästi eriarvoinen maa ajatellen terveystalouden saatavuutta ja palveluista saatavaa terveyshyötyä. Tämä näkyy eri väestöryhmien ja maan eri osien välillä. Myös ennaltaehkäisevät palvelut painottuvat väestöryhmiin, joissa sairastavuus ja riskitekijäkasautumat ovat vähäisimmät. Terveyskeskuspalveluitten huono saatavuus vaikeuttaa voimakkaasti heikoiten jaksavan väestön terveysongelmien hoitamista. Suurin terveystalouden hyöty saavutettaisiin lisäämällä huonosti jaksavan väestön perusterveydenhuollon palveluita. Suurimmat ongelmat väestön terveyden kannalta ovat terveydellisten riskitekijöitten kasaantuminen, erityisesti alkoholin lisääntyvä käyttö, syrjäytymisprosessit ja toisaalta kansansairauksien riittämätön hoito. Kunnallinen perusterveydenhuolto on ainoa nykyisistä terveydenhuollon palvelujärjestelmistä, mikä periaatteessa voisi pystyä väestötasolla vastaamaan kattavasti haasteisiin. Väestön epätasa-arvo palveluitten saannin suhteen korostuu taantuvilla haja-asutusalueilla, jossa väestön terveystaloudet nojaavat korostuneesti terveyskeskuksiin. *Kunnallisen perusterveydenhuollon toimintaedellytysten parantaminen on tehokkain ja kattavin tapa edistää terveydellistä tasa-arvoa*. Voimakkaimmin terveyteen korreloivien koulutustason tai tulojaon muuttaminen väestötasolla ei valitettavasti toimine käytännön ratkaisuna.

Nykymallinen ohjelmapohjainen ohjausjärjestelmä näyttää tuottavan terveyskeskuksille lisääntyvästi velvoitteita ja tavoitteita irrallaan terveyskeskusten tosiasiallisesta tilanteesta. *Päätöksentekojärjestelmältä odotetaan nyt konkreettisia toimenpiteitä terveyskeskusten toimintaedellytysten parantamiseksi*. Kannatan lämpimästi kattavaa ja linjakasta perusterveydenhuollon kehittämisstrategiaa. Strategiaan tulee sisältyä selkeä linjaus riittävän resursoinnin osoittamiseksi. Tasa-arvopyrkimysten kannalta selkein ja tehokkain olisi julkisen rahoituksen suhteen yksikanavainen perusterveydenhuolto.

G Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointipalvelut – vastaavatko perhekeskusmallit käytännön tarpeisiin?

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen kehittäminen Stakesissa perhepalvelukeskusmallien mukaan

Kerttu Perttilä, kehittämisspäällikkö, FT & Riitta Haverinen, tulosaluejohtaja, dosentti
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Tausta

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointi ja sitä tukevien palvelujen kehittäminen sisältyy hallitusohjelman³ linjauksiin. Perheiden hyvinvoinnin tuen lisääminen ja palvelujen valinnan mahdollisuuksien tarjoaminen ovat peruslähtökohtia lapsi- ja perhepoliittiselle toiminnalle. Perheille halutaan luoda aitoja mahdollisuuksia valita lapsille paras hoitomuoto ja vanhemmuuden tukeminen on keskeinen osa hyvien kasvuolosuhteiden varmistamista. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma⁴ tähtää lasten ja nuorten terveeseen ja turvalliseen kehitykseen. Perheiden hyvinvointia pyritään parantamaan suuntaamalla työhön eri sektoreiden voimavaroja. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma tähtää samaan tavoitteeseen hallinnonalojen yhteistyötä vahvistamalla. Myös terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa⁵ kiinnitetään huomiota lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Uudessa lastensuojelulaissa korostetaan voimakkaasti ennaltaehkäisyä ja kunnilta edellytetään ehkäisevän työn suunnitelmien laatimista.

Stakes on kokoamassa lasten, nuorten ja lapsiperheiden tutkimus- ja kehittämistyötä tekeviä asiantuntijoita yhteen kehittämään kuntien ja alueiden kanssa lasten, nuorten ja lapsiperheiden perhepalvelukokonaisuutta. Lanupe -hankkeessa luodaan yhteneviä käytäntöjä erityyppisissä kuntarakenteissa toimivista palvelukonsepteista. Palvelujen tulee kattaa perheiden hyvinvointituki lasten kehitysympäristöissä, ehkäisevät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä hoitoa ja kuntoutusta tarjoavat erityispalvelut. Kokonaisvaltaisen palvelukonseptista käytämme nimitystä *perhepalvelukeskus*. Perhepalvelukeskus on käsitteenä laajempi kuin kansallisissa suunnitelmissa ja ohjelmissa usein käytetty perhekeskuksen käsite.

Lapsen kehitysympäristöjä ovat luonnolliset kasvuympäristöt kuten koti, päivähoito, koulu ja harrastusympäristöt. Kehitysympäristöissä annetun hyvinvointituen tarkoituksena on vähentää korjaavien palvelujen tarvetta. Kaikille tarkoitettujen peruspalvelujen kuten äitiys- ja lastenneuvola, varhaiskasvatuspalvelut ja kouluterveydenhuolto ovat esimerkkejä lapsiperheiden hyvinvointia tukevista ja voimavaroja vahvistavista palveluista. Kyse on lapsen ja perheen tavalliseen kehityskaareen ja elämäntilanteeseen liittyvästä tuesta ja voimavarojen vahvistamisesta ja sitä kautta ongelmien ehkäisemisestä ja niistä johtuvien erityispalvelujen tarpeen vähentämisestä. *Hoitopalveluissa* työ perustuu asiakkuuteen, palvelujen tarpeen taustalla olevaan terveen kasvun ja kehityksen tukemiseen tai jo jonkin tunnistetun ongelman tai häiriön poistamiseen.

Kun puhumme *integroidusta lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuudesta*, tarkoitamme niillä lasten, nuorten ja perheiden lähipalveluja sekä alueellisia ja seudullisia palveluja sen mukaan, miten laajasti palvelut edellyttävät erityisasiantuntemusta. Palvelujen kokonaisuus kattaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden kehitysympäristön ja hoitopalvelujen järjestelmään kuuluvat palvelut hyvinvointituesta erityispalveluihin. Integroituu palveluverkkoon voi sisältyä mm. neuvolatyö,

³ Lapset, nuoret ja perheet hallituksen politiikkaohjelma

⁴ Opetusministeriön tiedote 13.9.2007, Lasten, nuorten ja perheiden arki politiikkaohjelman painopisteenä

⁵ Terveystiedon edistäminen hallituksen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 7.9.2007, Terveys kaikkiin politiikkoihin

avosairaanhoito ja erikoissairaanhoito, erityispalvelut (esim. toimintaterapia, puheterapia), suun terveys, kotihoito- ja perhetyö, varhaiskasvatus, koulu- ja opiskeluhuolto, seksuaaliterveys, lastensuojelu, sosiaalityö, lasten nuorten ja perheiden mielenterveys- ja päihdetyö sekä vammaispalvelut.

Kehittämishankkeen tavoitteet

Stakesin *lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelukonseptit (Lanupe)* hankekokonaisuuden tavoitteena on:

1. tuottaa ja välittää tietoa ja kokemuksia hyvistä käytännöistä lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuden rakentamiseen ja kehittämiseen kunnissa ja alueilla;
2. kehittää yhdessä kuntien ja alueiden kanssa toimivia malleja ja käytäntöjä lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuksista erilaisissa palvelurakenteissa (perhepalvelukeskusmallit) ja vahvistaa hyvinvointipalvelujen johtamista;
3. arvioida erilaisten palvelurakenteiden ja toimintakäytäntöjen toimivuutta ja vaikuttavuutta;
4. vahvistaa kuntien ja alueiden osaamista lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Tarkoitus on, että kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti lapsi- ja perhepolitiikkaa linjaavilla, palvelurakenteita ja käytännön työtä uudistavilla toimijoilla on käytössään jäsenneltyjä näkemyksiä lapsia, nuoria ja perheitä hyödyntävästä palvelujärjestelmästä.

Perhepalvelujen lähtökohtia

Lasten, nuorten ja perheiden näkökulmasta perhepalvelukeskuksen palvelujen tulee olla arkea tukevia, ilman asiakkaaksi kirjautumista helposti saavutettavia. Lähtökohtana on vanhemmuuden tukeminen elämän tavanomaisissa murrosvaiheissa. Palvelujen tarjonnan tulisi lähteä perheiden hyvinvointitarpeista ja lasten ja vanhempien tulisi voida osallistua toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Asuinalueelta tulisi löytyä tilaa lasten ja vanhempien keskinäiseen kohtaamiseen ja kriisitilanteiden kohdatessa apua tulisi olla helposti saatavilla.

Perhepalvelukeskuksessa tulee työntekijöillä olla hyvät ammatilliset perusvalmiudet ja osaaminen työskennellä ratkaisukeskeisesti perheiden ja asiakkaiden tarpeista lähtien. Työyhteisöjen monitoimijaisuus ja moniammatillisuus rakenteiden luomisessa ja integroitujen palvelujen järjestämisessä ovat olennaisia. Integroitujen lapsi- ja perhepalvelujen toimivuus edellyttää koko kuntaa velvoittavien lapsi- ja perhepoliittisten tavoitteiden asettamista ja niiden hallinnonalakohtaista määrittelyä sekä hallinnonalat ylittävää johtamista ja toiminnan koordinoitua. Perhepalvelukeskuksen toiminnassa moniammatillinen yhteistyö edellyttää kunkin ammattiryhmän tehtävien ja vastuiden määrittelyä ja yhteisten toimintakäytäntöjen kuvaamista. Tehtäviä määriteltäessä on arvioitava käytettävissä olevat voimavarat ja osaaminen sekä se, millaisella 'joukkueella' tavoitteisiin on mahdollista päästä. Johtamisjärjestelmä sisältää toiminnan seurannan ja vaikuttavuuden arvioinnin.

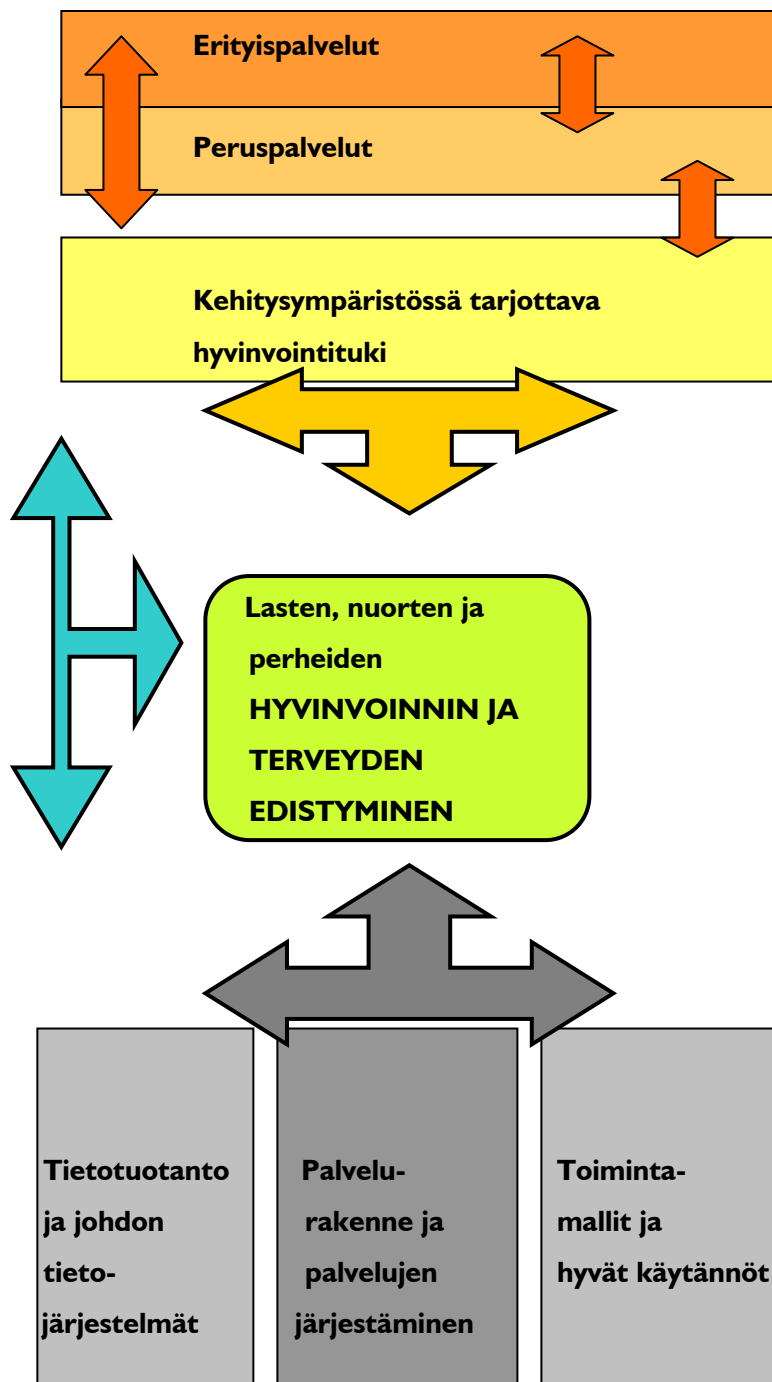
Perhepalvelujen kehittäminen

Perhepalvelukeskuksen kehittäminen tarkoittaa palvelujärjestelmän uudelleen organisointia lasten ja perheiden tarpeista lähtien. Mitä ovat lasten ja perheiden tarpeet? Miltä lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja terveyden tilanne näyttää ja mihin suuntaan se on muuttunut viimeisten vuosien aikana? Strategisen suunnittelun ja toiminnan seuraamiseksi tarvitaan johdon tietojärjestelmää, joka tuottaa tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palvelujärjestelmän toimivuudesta ja toiminnan taloudellisuudesta seurannan ja vaikuttavuuden arvioinnin pohjaksi.

Perhepalvelukeskusten organisointi on osa palvelurakennekokonaisuutta. Kunnat ja alueet joutuvat ottamaan kantaa siihen, millaista väestöpohjaa varten palvelut organisoidaan? Kuinka suuri alueellinen kehitysympäristö on samalla alueella toimivien peruspalvelujen ja erityispalvelujen kanssa? Miten kehitysympäristön hyvinvointituki, peruspalvelujen ehkäisevät palvelut ja alueen erityispalvelut yhteen sovitetaan lasten, nuorten ja lapsiperheiden tarpeiden kannalta? Nämä palvelurakennetta ja palvelujen järjestämistä koskevat peruskysymykset ovat ensimmäisiä strategisesti ratkaistavia kysymyksiä. Sen jälkeen suunnitelmat ja tavoitteet operationalisoidaan yhteiseksi toiminnaksi ja ammattiryhmäkohtaisiksi tehtäviksi. Yhtenevät toimintakäytännöt varmistetaan kuvaamalla ja dokumentoimalla hyvät käytännöt.

Kuviossa 1 lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistymisen tavoitteet ovat toiminnan ytimessä. Tavoitteisiin pääsemiseksi on varmistuttava riittävästä tietotuotannosta. Käytännössä johdon tietojärjestelmien tulisi tuottaa suunnitteluun ja seurantaan tarvittava tieto systemaattisesti ilman erillisselvityksiä. Palvelurakenteiden selkiyttäminen ja hallinnonalat ylittävien johtamiskäytäntöjen näkyväksi tekeminen on monitoimijaisessa ympäristössä ja erilaisissa kunta- ja kuntayhtymäratkaisuisissa toimivien palvelukonseptien edellytys.

Palvelukonsepti muodostuu kehitysympäristön hyvinvointituen, peruspalvelujen ja erityispalvelujen kokonaisuudesta. Lähtökohtana on lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointitarpeet ja tavoitteena hyvinvoinnin ja terveyden edistyminen. Toiminta perustuu kunnassa ja alueella tietoperustaan, toimivaan palvelurakenteeseen, hallinnonalat ylittävään johtamisjärjestelmään ja hyviin käytäntöihin pohjaviin yhteneviin toimintakäytäntöihin.



Kuvio 1. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelukokonaisuus ja palvelukonsepti

Tietotuotanto ja johdon tietojärjestelmien kehittäminen

Perhepalvelukeskusten toimintamallien kehittäminen lähtee kunnissa lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointituen ja palvelutarpeen määrittelystä. Seurantajärjestelmiin koottavan rekisteritiedon tulisi kuvata vertailukelpoisella tavalla myös palvelujen sisältöä ja vaikuttavuutta. Tätä varten tarvitaan kunnissa ja kansallisesti hyvinvoinnin ja terveyden seurantajärjestelmän kehittämistä ja ylläpitämistä. Meneillään olevat kehittämishankkeet kuntien ja alueiden kanssa tähtäävät yhteneviin käytäntöihin asiakastiedon keruusta ja käytöstä ja toimipaikkakohtaisen tiedon rekisteröinnistä. Johdon tietojärjestelmiä varten olisi luotava hyvinvointiarvioinneista lähtevä ja palvelujen käytöstä koostuva seurantarokisteri, jossa kustannuslaskenta pohjautuu asiakaskohtaisuuteen, yksikkönä lapsi, nuori tai lapsiperhe. Lanupe -hankkeen tehtävänä on luoda katsaus hyvinvointituen ja palvelutarpeen tietotuotannosta ja seurantajärjestelmien toimivuudesta, tehdä ehdotuksia hyvistä käytännöistä, pilotoida hyviä käytäntöjä kehittämisprosessin kuluessa ja arvioida tietojärjestelmien toimivuutta ja laatua.

Palvelurakenteiden selkiyttäminen ja johtaminen monitoimijaisessa ympäristössä

Perhepalvelukeskuskonseptien kehittämistä varten kuvataan lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja tuottavat rakenteet ja niihin sisältyvät sopimus- ym. käytännöt erityyppisissä monitoimijaympäristöissä. Rakenteellisia muuttujia ovat mm. kunta- tai kuntayhtymä-, sairaanhoitopiirihoitoiset -, yhteistoiminta- ja liikelaitosmallit sekä sopimusperusteiset mallit. Perhepalvelukeskuksen kehittämiseksi asettaa erityisiä haasteita palvelurakennemuutoksen mukanaan tuomat yhteistoimintamallit, joissa terveydenhuoltopalvelut järjestetään useiden kuntien kanssa yhteistoiminnassa. Näissä ratkaisuissa varhaiskasvatus ja sosiaalitoimen erityispalvelut (esim. lastensuojelu) saatetaan toteuttaa samalla alueella eri kuntien kanssa eritavoin; varhaiskasvatus voidaan siirtää sivistystoimen alaisuuteen tai toteuttaa peruskunnassa sosiaalitoimen alaisuudessa ja lastensuojelun palvelut saatetaan toteuttaa peruskunnassa tai pilkkoa ostopalveluihin. Uuden lastensuojelulain mukaisen lastensuojelusuunnitelman laatiminen auttaa kokonaiskuvan muodostamisessa mutta sen toteutus saattaa olla pulmallista pirstoutuneissa rakenteissa. Lanupe -hankkeen tehtävänä on kuvata erilaisia palvelurakenteita ja niiden sovelluksia erilaisissa rakenteellisissa konteksteissa sekä kehittää lasten, nuorten ja perheiden palvelurakenteita ja kuvata palvelurakenteiden toimivia käytäntöjä.

Toimintakäytännöt, -prosessit ja työvälineet

Palvelukonseptit rakentuvat hyviin käytäntöihin perustuvista toimintakäytännöistä. Hyvistä käytännöistä kehitetään erilaisiin palvelurakenteisiin soveltuvia muunnelmia. Yhteisesti sovittuja toimintakäytäntöjä voivat olla esim. hyvinvointitiedon tuottaminen ja raportointi, seulontakäytännöt, varhaisen tuen ja vuorovaikutuksen käytännöt ja käytännöt ongelmatilanteissa kuten perheen mielen-terveys- ja päihdeongelmissa tai lastensuojelu- ja kouluongelmissa. Hankkeen tehtävänä on hyvien käytäntöjen kartoitus ja kehittämistarpeen arviointi, yhteisten toimintakäytäntöjen ja mallien edelleen kehittäminen, pilotointi, arviointi ja käyttöön ottamisen tuki sekä olemassa olevien työmenetelmien tunnetuksi tekeminen.

Palvelukonsepteihin kuuluu 'työkalupakki', jossa työvälineitä on tarvittavia työvälineitä muun muassa johtamiseen, asiakastyöhön, yhteistyöhön, osaamisen ja laadun vahvistamiseen, itsearviointiin sekä suunnitteluun ja kehittämistyöhön. Tarkoitus on, että menetelmät ja toimintakäytännöt/-prosessit yhtenäistyvät alueilla ja kansallisesti vähitellen ja että käytetyt menetelmät ja toimintakäytännöt perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon ja voimassa oleviin laatu- ja hoitosuosituksiin.

Hankkeen toteutus

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelukokonaisuuden kehittäminen etenee yhteistyössä Stakesin, kuntien, kuntayhtymien sosiaali- ja terveystieteiden sekä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Perhepalvelukeskuksen käytäntöjä kehitetään muutamien kuntien ja alueiden kanssa yhdessä ja jo kehitettyjä perhepalvelumalleja arvioidaan. Olemassa oleva uusien tietojen kootaan hankkeen tutkimusyhteistyöryhmässä. Teemasta järjestetään kehittämistyötä koskevia tutkimusseminaareja sekä palvelujärjestelmää ja toimintakäytäntöjä käsitteleviä kehittämisseminaareja. Kuntien perhepalvelumalleja esitellään sekä Hyvät käytännöt -sivuilla että Lanupe -hankkeen www-sivuilla.

Hankkeen teoreettiskäytännöllinen kehikko kuvataan ja sen toteutumisen edellytykset arvioidaan. Suunnitelma julkaistaan Stakesin työpapereita sarjassa vuoden 2008 alkupuolella. Hankkeen toteuttamissuunnitelma jaksotetaan vuosille 2007-2009 ja 2010-2015.

Yhteistyö ja verkostoituminen käynnistetään hankkeen I vaiheessa, ulkopuolisille toimijoille järjestettävällä seminaarilla. Olemassa olevat integroitujen palvelujen organisointimallit ja kehittelyt viedään *sähköisille sivuille*. Sähköiset sivut otetaan vuorovaikutuksen areenaksi.

Hankkeen II (2010-2015) vaiheen painopisteenä on konseptin implementaatio ja tunnetuksi tekeminen erilaisissa palvelurakenteissa ja yhteistoimintakäytännöissä sekä toiminnan vaikuttavuuden arviointi.

Jämsän seudun perhepalvelukeskus

Virpi Merikallio, lastenlääkäri, perhepalvelukeskuksen johtaja
Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
virpi.merikallio@jamsanth.fi

Länsi-Suomen Lääninhallituksen rahoittama kehittämishanke 1.6.2006 - 31.10.2008

Taustaa

Vuonna 2000 seutukunnalla havaittiin, että lasten ja perheiden määrä alueella vähenee, mutta perheiden parissa työskentelevät näkivät lasten ja perheiden pahoinvoinnin lisääntyvän. Tämä ilmeni myös tilastollisissa määreissä kuten esim. lastensuojelutarpeen ja lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tarpeen lisääntymisenä. Huoli perheiden hyvinvoinnista oli seutukunnan toimijoiden yhteinen. Jo tuolloin nähtiin, että perheille suunnattu palvelukokonaisuus ei vastannut sen hetkistä tarvetta. Vuosituhannen alussa vakinaistettiin moniammatillista työtettä eri toimijoiden kesken ja samalla vuoteen 2004 mennessä oltiin selvitetty, että yhteiset sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalvelut muodostavat tulevan kehittämistyön lähtökohdat. Kehittämiskohteina nähtiin erityisesti ongelmien varhainen tunnistaminen, asiakkaiden arkielämän tukeminen, ennaltaehkäisevän työn selkiennyttäminen, sosiaalityön orientaation vahvistaminen sekä asiakastyöhön liittyvien työprosessien kehittäminen. Vuoden 2005 aikana Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä valmisti Jämsän ja Jämsänkosken kaupunkien sekä Kuhmoisten kunnan kanssa yhteistyössä suunnitelman, jonka mukaan lapsiperheitä koskevat palvelut järjestettäisiin tulevaisuudessa Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän hallinnoimana perhetyön keskuksen kautta = Perhepalvelukeskus. Kuntien päätöksellä myös kehitysvammaisten avohuolto toteutetaan tätä kautta. Samana vuonna valmistui Lapsipoliittinen ohjelma, jossa esitettiin seutukunnan strategisia linjauksia perheiden kanssa tehtävään työhön. Perusta Perhepalvelukeskukselle oli luotu ja hanke käynnistyi lääninhallituksen rahoittamana 1.6.2006.

Jämsän seudun Perhepalvelukeskus:

Perhepalvelukeskus on paitsi fyysinen kohtaamispaikka, myös perhelähtöinen toimintamalli, jota viedään eteenpäin monien työ- ja toimintakäytäntöjen avulla. Perhepalvelukeskukseen on koottu toiminnallisesti ja hallinnollisesti yhteen lasten ja lapsiperheiden parissa työtä tekevät erityisosaaajat (äitiys- ja lastenneuvola, perheneuvola ja erityistyöntekijät). Tämä mahdollistaa ongelmien varhaisen havaitsemisen, viiveettömän ja nopean hoidon sekä tarvittaessa kuntoutuksen. Toiminnassa pyritään erityisesti ongelmien ennaltaehkäisyyn ja siihen, että perhe itse löytää omia voimavaroja selvittää arjen haasteista. Perhepalvelukeskuksen tavoitteena on myös, että lapsiperheiden palveluketjut vastaisivat perheiden tarpeita ja seudulle muodostuisi uusia vertaisryhmiä tukemaan lapsiperheitä.

Uutena työntekijänä perhepalvelukeskuksessa toimii perheohjaaja, joka tekee lyhytkestoista, pääsääntöisesti ennaltaehkäisevää perhetyötä tiiviissä yhteistyössä alueen neuvoloiden terveydenhoitajien kanssa. Työ tapahtuu pääsääntöisesti kotikäynteinä.

Perhepalvelukeskuksen toiminnassa korostuu saumaton yhteistyö sosiaalitoimen, päivähoiton ja koulujen kanssa. Erittäin tärkeänä koetaan yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyön kanssa. Yhteistyötä on tiivistetty myös seudun muiden toimijoiden (nuoriso- ja vapaa-aikatoimi, seurakunnat, järjestöt, poliisi) kanssa, ja tarkoituksena on saada aikaiseksi yhteistyöverkostoja tukemaan lapsiperheiden voimavaroja. Samalla tavoitteena on, että sujuvan tiedottamisen ja yhteistyön sekä yhteisten koulutusten myötä seudun kaikki toimijat osaisivat tunnistaa lapsiperheiden huolta aiheuttavia tai ongelmallisia tilanteita ja ohjata heidät tarpeellisen tuen piiriin.

Perhepalvelukeskuksessa järjestetään toistaiseksi myös alueen kehitysvammaisten neuvolapalvelut sekä koordinoidaan heidän tarvitsemansa asiantuntija- ja kuntoutuspalvelut.

Perhepalvelukeskuksen palveluja käyttävien lapsiperheiden seulonta, ohjaus ja seuranta ovat perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon suunnitelmallista toimintaa ja tulosten seuranta osa seutukunnan sosiaali- ja terveydenhuollon laadunseurantajärjestelmää.

Miten monitoimijainen perhepalveluverkosto toimii Espoossa?

Aino Ruotsalainen, projektipäällikkö & Liisa Ollikainen, päivähoiton asiantuntija
Espoon kaupunki
etunimi.sukunimi@espoo.fi

Espoo on Suomen toiseksi suurin kaupunki, jossa on paljon lapsiperheitä, väestön koulutustaso on korkea, samoin työllisyysaste. Vuosittain Espoossa on runsaasti muuttotapahtumia, moni solmittu avo- ja avioliitto päättyy eroon, perheistä noin joka viides on yksinhuoltajan perhe ja yksilapsisia perheitä on muuhun maahan verrattuna paljon. Espoossa on viime vuosina kehitetty asukkaiden tarpeista lähtevää ja perheiden osallisuutta vahvistavaa perhekeskustoimintatapa.

Espoolainen perhekeskus on ajattelu- ja toimintatapa, joka muodostuu perhepalveluverkostoista. Keskeistä toiminnassa on lapsiperheiden osallisuus, ennaltaehkäisevyys, varhainen tuki ja yhteisöllisyys. Eheän palveluverkoston tavoitteena on edistää perheiden mahdollisuuksia vertaistukeen, kumppanuuteen sekä vastavuoroiseen oppimiseen työntekijöiden ja asiakkaiden välillä. Tavoitteena on näin myös edistää perheiden asuinalueeseen kiinnittymistä sekä sosiaalista pääomaa ja tätä kautta vahvistaa perheiden terveyttä ja hyvinvointia. Perhekeskuksissa toteutuvat sosiaali- ja terveystoimen tulosityksikköjen välinen ja eri hallintokuntien rajat ylittävä yhteistyö, moniammatillinen toimintakulttuuri ja kumppanuus eri järjestöjen ja seurakuntien kanssa.

Keskeisen lapsiperhepalvelujen verkoston muodostaa neuvolan, avoimen varhaiskasvatuksen ja päivähoiton kokonaisuus. Perhelähtöinen työtapaa lähtee neuvoloista, jossa toteutuu tulevan äidin ja isän tasavertainen huomioon ottaminen, heti raskauden alusta alkaen. Jaetun vanhemmuuden on todettu

vahvistavan parisuhdetta sekä molempien vanhempien tärkeyttä tulevalle lapselle. Neuvolasta kaikki ensisynnyttäjät kutsutaan monitoimijaiseen perhevalmennukseen, joka sisältää vertaistapaamisia sekä ennen että jälkeen lapsen syntymän. Perhevalmennusta toteuttavat yhdessä perheiden kanssa neuvola, päivähoito, lasten terapiapalvelut, terveyspalvelut, seurakunta ja järjestöt. Perhevalmennus antaa vertaistukea, tietoa ja ohjaa perheitä heidän tarvitsemiinsa palveluihin ja verkostoihin.

Avoin varhaiskasvatus eli avoimet päiväkodit ja asukaspuistot tarjoavat perheille kohtaamispaikkoja, joihin koko perhe on tervetullut sekä perhevalmennukseen että päivisin toimiviin vertaisryhmiin. Palvelualueiden eri toimijoiden toteuttama vertaisryhmätoiminta on koottu perheiden toimintakalentereihin. Avoin varhaiskasvatus tarjoaa perheille vaihtoehdon lapsen päivähoitolle ja edistää samalla lapsen kotona hoitamista.

Lapsen siirtyessä kotihoidosta päivähoitoon, omahoitajajärjestelmä helpottaa koko perhettä päivähoiton aloituksessa. Yhteistyö vanhempien, neuvolan ja päivähoiton kesken jatkuu myös yhteistyössä toteutettuna lapsen kehityksen seurantana. Katkeamaton palveluverkosto jatkuu lapsen elämän siirtymävaiheissa edelleen varhaiskasvatuksesta yhteistyössä esi- ja perusopetukseen.

Ehkäisevänä toimintana Espoossa on kehitetty perhetyötä lapsiperheille antamaan varhaista apua esimerkiksi, kun äidin synnytyksen jälkeinen alakulo tai vauvan uniongelmat aiheuttavat huolta koko perheelle ja parisuhteelle.

Huolen lapsen kehityksestä voi yhdessä vanhempien kanssa tuoda moniammatilliseen lasten kuntoutustyöryhmään. Työtapa on verkostomainen, jossa perhe osallistuu lapsen mahdollisen tuen tarpeen suunnittelun ja toteuttamiseen.

H Opiskeluhoito näkyväksi tuotteistamalla ja tunnusluvuilla

Kouluterveydenhuollon laatu terveyskeskuksissa

Matti Rimpelä , tutkimusprofessori., Stakes & Hanna Happonen, tutkija & Vesa Saaristo, tutkija, Tampereen yliopiston terveystieteiden laitos
 etunimi.sukunimi@stakes.fi

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksesta johdettiin 10 laatukriteeriä, joista oli kerätty tietoja terveyskeskuskyselyssä touko-lokakuussa 2007 (Rimpelä ym. 2007). Kyselyyn vastanneista 187 terveyskeskuksesta 60 % vastasi kaikkiin laatukriteereihin, yksi tieto puuttui 20 %:lta, 2 tietoa 10 %:lta ja 3–4 tietoa 8 %:lta. Tämän tutkimuksen aineistona ovat ne 184 terveyskeskusta, joiden vastauksessa oli tieto kuudesta tai useammasta laatukriteeristä.

Taulukko. Kouluterveydenhuollon laatuksiteerit, kriteerin täyttäneiden osuudet (= kyllä-vastanneet) ja puuttuvien tietojen osuudet.

Laatukriteeri	Kyllä-vastanneet	Tieto puuttuu
Koululääkärin työpanos suhteutettuna oppilasmäärään on tiedossa	65 %	0 %
Oppilaalle peruskoulun jokaisella vuosiluokalla terveystarkastus	36 %	2 %
KTH:n laatusuosituksista keskusteltu/päätetty toimenpiteistä perusturva-/sosiaali-/terveyslautakunnassa ja/tai johtoryhmässä	35 %	16 %
KTH:n toimintakertomus 2006 hyväksytty johtoryhmässä/lautakunnassa	35 %	2 %
Sosiaali-/terveystoimen viranhaltijat osallistuneet perusopetuksen opetussuunnitelman valmisteluun	35 %	7 %
KTH:n toimintasuunnitelma 2007 hyväksytty johtoryhmässä/lautakunnassa	34 %	2 %
Enintään 600 oppilasta/kokoaikainen kouluterveydenhoitaja	32 %	2 %
Koulujen työolot tarkastetaan suunnitelmallisesti joka kolmas vuosi	26 %	3 %
Terveyskeskuksessa päätös laajojen tarkastusten ajankohtia ja sisältöä koskevista yhteisistä käytännöistä + oppilaille kolme terveydenhoitajan ja lääkärin yhdessä tekemää terveystarkastusta, johon huoltaja osallistuu ja johon pyydetään opettajalta arvio oppilaan hyvinvoinnista.	22 %	3 %
KTH:n laatusuosituksista keskusteltu/päätetty toimenpiteistä sivistys/opetustoimen lautakunnassa ja/tai johtoryhmässä	10 %	32 %

Toteutuvien kriteerien lukumäärä (0–10) laskettiin terveyskeskuskohtaisesti olettamalla, että tiedon puuttuminen merkitsi ei-vastausta. Seuraavassa esitetään summamuuttujan jakauma:

Summa-pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
%	5	10	19	23	17	14	7	2	2	1	0

Keskimäärin terveyskeskuksissa toteutui kolme mainituista kriteereistä. Eniten summapistettä saivat Helsinki (9), Lapinlahti, Oravainen/Vöyri-Maksamaa ja Uusikaarlepyy (8) sekä Janakkala, Naantali, Pertunmaa ja Ylä-Savo (7). Yhdeksän terveyskeskusta ei täyttänyt yhtään kriteeriä. Tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että terveyskeskusten välillä on suuria eroja kouluterveydenhuollon toteuttamisessa.

Peruskouluikäisten lasten lääkärikäynnit 2006

Matti Rimpelä, tutkimusprofessori, Stakes &
Vesa Saaristo, tutkija, Tampereen yliopisto
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Lasten lääkärikäyntien määrästä kunnittain on saatu tietoja Stakesin avoterveydenhuollon tilastoista (käynnit terveyskeskusten vastaanotolla; kouluterveydenhuollon käynnit) ja Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutus tilastoista (käynnit yksityislääkärillä). Terveyden edistämisen vertaistietohankkeessa (TedBM) on nämä tiedot yhdistetty ja suhteutettu peruskouluikäisten väestöön kunnittain. Kunnat on jaettu Tilastokeskuksen kuntaryhmityksen mukaan neljään ryhmään. Tuloksia tarkasteltaessa on huomattava, että sairausvakuutus tilastot ovat varsin luotettavia, mutta terveyskeskusten ilmoittamisissa kuntakohtaisissa lukumäärissä saattaa olla virheitä.

Vuonna 2006 oli koko maassa 1,5 lääkärikäyntiä/peruskouluikäinen lapsi, joista 0,9 oli terveyskeskusten vastaanotolla (TKVO), 0,4 yksityislääkärillä (YL) ja 0,2 kouluterveydenhuollossa (KTH). Länsi-Suomen läänissä käyntejä oli eniten (1,7) ja Oulun ja Lapin lääneissä vähiten (1,3). YL-käyntejä oli eniten Etelä-Suomen läänissä (0,5; 31 % käynneistä), etenkin Turun seudulla (0,7; 38 %) ja pääkaupunkiseudulla (0,6; 38 %), sekä vähiten Lapin läänissä (0,2; 12 %). Taajamatyypisissä kunnissa ja kaupungeissa käyntien kokonaismäärä oli yhtä suuri (noin 1,5/lapsi), maaseutumaisissa vain hieman pienempi (1,4). Suurissa kaupungeissa oli YL-käyntejä yli kaksi kertaa enemmän (0,5) kuin maaseutumaisissa kunnissa (0,2). TKVO-käynneissä ei ollut suuria eroja kuntaryhmityksen mukaan. KTH-käyntejä oli suurissa kaupungeissa hieman enemmän kuin muissa kunnissa.

Kuntajakauman keskiluku käynneille yhteensä oli 1,45. Puolet kunnista oli välillä 1,17–1,70. TKVO-käynneille vastaavat luvut olivat 1,03 ja 0,82–1,23; KTH-käynneille 0,20 ja 0,14–0,29 sekä YL-käynneille 0,17 ja 0,09–0,30. Käyntityyppien tunnusluvut eivät olleet merkitsevässä yhteydessä keskenään. Suurissa kaupungeissa (Taulukko) käyntejä yhteensä oli eniten Tampereella (1,7) ja vähiten Rovaniemellä (1,1). Rakenne vaihteli paljon. YL-käyntien osuus oli suurin Turussa (44 %) ja pienin Lappeenrannassa (15 %).

	Yhteensä	Terveys- keskus- vastaanotto	Koulu- terveyden- huolto	Yksityinen
Tampere	1728	771	380	577
Vantaa	1704	876	149	682
Espoo	1660	734	216	710
Pori	1667	1043	95	529
Turku	1634	660	260	714
Kuopio	1620	1032	262	326
Jyväskylä	1602	1105	220	277
Lahti	1581	971	343	267
Helsinki	1551	730	290	531
Oulu	1467	891	272	304
Lappeenranta	1466	954	290	223
Rovaniemi	1148	779	90	280

Taulukko. Peruskouluikäisten lääkärikäynnit/1000 suurissa kaupungeissa käyntityypin mukaan vuonna 2006.

Eniten käyntejä ilmoittaneet kunnat luetellaan seuraavassa: *Yhteensä 2,3/lapsi tai enemmän*: Parkano, Pulkkiila, Kuhmalahti, Jurva, Pälkäne, Kangasala, Merimasku, Naantali, Masku, Askainen, Kitee, Nilsia, Ypäjä ja Sauvo. *TKVO-käyntejä 1,7/lapsi tai enemmän*: Parkano, Pulkkiila, Jurva, Kuhmalahti, Pälkäne, Ypäjä, Ylitornio, Keitele, Konnevesi, Kangasala, Tervo, Tuusniemi, Pieksämäki. Virrat, Rääkkylä, Parikkala, Uusikaupunki ja Sauvo. *KTH-käyntejä 0,4 tai enemmän*: Sysmä, Rantasalmi, Punkalaidun, Orimattila, Joutsa, Parkano, Kuhmalahti, Nilsia, Korsnäs, Ikaalinen, Punkaharju, Kerimäki, Kitee, Alavus ja Outokumpu. *YL-käyntejä eniten*: Merimasku (1,1), Askainen (1,0), Kaarina (0,8), Rusko (0,8), Masku (0,8), Raisio (0,8), (Turku 0,7), Anjalankoski (0,7), Espoo (0,7), Lieto (0,7), Kerava (0,7), Vantaa (0,7), Naantali (0,7).

Kouluterveydenhuollon muut käynnit vuosina 1994–2006 kuntaryhmittäksen mukaan

Matti Rimpelä, tutkimusprofessori, Stakes & Vesa Saaristo, tutkija,
Tampereen yliopisto
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Kouluterveydenhuollon (KTH) käynnit ilmoitetaan vuosittain avoterveydenhuollon tilastoihin kuntakohtaisesti kahteen ryhmään luokiteltuina: lääkärikäynnit ja muut käynnit. Muut käynnit ovat käytännössä pääosin kouluterveydenhoitajakäyntejä. Tutkimuksessa on tarkasteltu KTH:n muita käyntejä Tilastokeskuksen kuntaryhmittäksen mukaan. Kaupunkimaisista kunnista on erotettu suuret kaupungit (yli 50 000 asukasta) omaksi ryhmäkseen (Taulukko). 1990-luvun puolivälissä suurissa kaupungeissa oli KTH:n muita käyntejä selvästi enemmän kuin muissa kuntaryhmissä. Avoterveydenhuollon tilastoon ilmoitetut muut käynnit on suhteutettu kunnan 7–18-vuotiaiden lukumäärään.

Vuodesta 1994 vuoteen 1999 muut käynnit vähenivät (2,11/lapsi -> 1,87/lapsi), mutta ovat sen jälkeen pysyneet ennallaan (Taulukko). Koko tarkastelujakson aikana maaseutukunnissa muutokset olivat pieniä (1,63 -> 1,62), samoin taajamakunnissa (1,86 -> 1,81). Käyntien väheneminen vuosina 1994–1999 keskittyi kaupunkimaisiin kuntiin ja etenkin suuriin kaupunkeihin, joissa taso oli tarkastelujakson alussa selvästi muita kuntaryhmiä korkeampi (2,72/lapsi). Kun suuria kaupunkeja tarkasteltiin erikseen, keskimääräistä suurempi käyntimäärä vuonna 1999 ja merkittävä väheneminen seuraavina vuosina rajoittui neljään kaupunkiin: Turku, Helsinki, Pori ja Lahti. Kuopiossa lähtötaso oli näitä kaupunkeja alempi, mutta väheneminen samaa suuruusluokkaa.

Turussa KTH:n muut käynnit vähenivät rajusti vuoteen 2001 saakka (5,34 -> 2,60), sitten hitaammin. Viime vuosina Turun muut käynnit ovat pysyneet ennallaan ja edelleen merkittävästi koko maan tasoa suurempina (noin 2,5/lapsi). Helsingissä käynnit vähentyivät aluksi nopeasti (3,64 -> 2,50), nousivat hieman (-> 2,72) ja vähenivät viime vuosina (-> 2,46). Porissa käynnit ovat alun vähenemisen jälkeen viime vuosina vaihdelleet samalla tasolla (2,44–2,67). Lahdessa muut käynnit vähenivät 1994–1999 (3,05-> 2,69), lisääntyivät sitten hieman (-> 2,91) ja vähenivät neljän viime vuoden aikana (-> 2,10). Kuopiossa muut käynnit vähenivät koko ajan ja putosivat viime vuosina muiden suurten kaupunkien tason (1,84/lapsi) alapuolelle (1,60/lapsi). Muissa suurissa kaupungeissa käyntien taso ja muutokset olivat samanlaisia kuin kaupunkimaisissa kunnissa.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
KOKO MAA	2111	2033	2070	2018	1908	1867	1837	1888	1893	1881	1847	1867	1852
Maaseutu	1628	1556	1607	1598	1526	1522	1515	1579	1628	1633	1609	1610	1616
Taajamakunnat	1863	1783	1873	1861	1822	1805	1707	1783	1749	1790	1778	1859	1808
Kaupunkimaiset	1947	1879	1937	1930	1855	1794	1798	1798	1751	1734	1781	1769	1768
Suuret kaupungit	2717	2622	2594	2451	2245	2173	2137	2196	2224	2172	2066	2083	2065
- <i>Turku</i>	5344	5049	4451	3850	3819	3183	2806	2601	2729	2760	2497	2529	2533
- <i>Helsinki</i>	3635	3390	3361	3162	2509	2500	2495	2695	2704	2719	2320	2514	2456
- <i>Pori</i>	3118	2738	2899	2949	3017	2737	2708	2793	2894	2668	2444	2478	2656
- <i>Lahti</i>	3047	3011	3086	2793	2710	2691	2830	2874	2909	2751	2702	2331	2108
- <i>Kuopio</i>	2376	2333	2366	2362	2093	1916	1942	1985	1808	1603	1620	1584	1597
- <i>Muut suuret</i>	1974	1971	1991	1920	1847	1842	1820	1855	1891	1833	1865	1842	1841

Taulukko 1. Kouluterveydenhuollon muut käynnit/1000 kuntaryhmittymisen mukaan vuosina 1994–2006

Kouluterveydenhuollon muut käynnit pysyivät ennallaan maaseudulla ja taajamakunnissa, vähenivät hieman pienemmissä kaupunkimaisissa kunnissa 1990-luvulla, mutta pysyivät sittemmin ennallaan. Neljässä suuressa kaupungissa käyntejä oli 1990-luvun puolivälissä selvästi keskimääräistä enemmän. Huomattavasta vähenemisestä huolimatta KTH:n muita käyntejä oli niissä 2006 edelleen keskimääräistä enemmän. Poikkeuksena oli Kuopio, jonka muut KTH-käynnit vähenivät merkittävästi myös 2000-luvulla ja olivat selvästi keskitason alapuolella 2006.

Laajojen terveystarkastusten tuotteistaminen ja kuvaaminen opiskelu- huollon tunnuslukuna

Hanna Happonen, tutkija & Arja Rimpelä, professori & Elise Kosunen, professori,
Tampereen yliopisto & Vesa Saaristo, tutkija & Kirsi Wiss, tutkija & Matti Rimpelä,
tutkimusprofessori, Stakes
etunimi.sukunimi@uta.fi

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2004) mukaan peruskoulun aikana tulisi tehdä kolme laajaa terveystarkastusta, jonka ydinsisältöjä ovat terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastukset, huoltajan osallistuminen tarkastukseen ja arvio perheen tilanteesta, opettajan arvio oppilaan hyvinvoinnista, oppilaan terveydenhoitosuunnitelma ja yhteenveto laajojen tarkastusten tuloksista luokkatasolla. Stakesin kyselyssä (Rimpelä ym. 2007) 39 % terveyskeskuksista ilmoitti kolme laajaa terveystarkastusta peruskoulun aikana ja 33 % terveyskeskuksista edellisen ja lisäksi yhteiseen käytäntöön velvoittavan päätöksen laajojen terveystarkastusten ajankohdissa ja sisällöissä. Tulos muuttui huomattavasti, kun laajoiksi hyväksyttiin vain laatusuosituksen mukaiset toimenpiteet sisältäneet terveystarkastukset (Taulukko). Kaikki kysytyt peruskriteerit täytti vain 2 % terveyskeskuksista. Kun jätettiin pois luokkatason yhteenveto, laatusuosituksen mukaiset laajat terveystarkastukset toteutti joka kymmenes terveyskeskus.

Taulukko. Laajojen terveystarkastusten lukumäärän jakautuminen prosentteina peruskoulun 1.–9. luokkien aikana vuonna 2007, kun vastaukset tarkistetaan laatusuosituksen sisältömäärittelyn mukaan.

Laajojen terveystarkastusten lukumäärä	Ilmoitetut	+ sisältö 1*	+sisältö 1-2*	+ sisältö 1-3*	+ sisältö 1-4*
0	10	30	55	79	98
1	20	15	8	4	0
2	32	23	13	6	1
3+	39	33	24	11	2
Yhteensä	100	100	100	100	100
(N)	(168)	(168)	(168)	(168)	(168)

Sisältö:

1. Laajojen terveystarkastusten ajankohdista ja sisällöistä tehty yhteiseen käytäntöön velvoittava päätös
2. Laajaan tarkastukseen kuuluu huoltajan osallistuminen, opettajan arvio sekä terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastus
3. Huoltajalta pyydetään kuvaus perheen tilanteesta ja arvio oppilaan hyvinvoinnista, terveystarkastuksesta annetaan palautetta ja tehdään oppilaalle kouluterveydenhuollon suunnitelma
4. Laajojen terveystarkastusten tuloksista kootaan luokka-asteen oppilaiden terveystilannetta kuvaava yhteenveto

Lähde: Rimpelä ym. 2007

Tulokset osoittavat, että suuressa osassa terveyskeskuksia laajoiksi tulkitaan terveystarkastuksia, jotka täyttävät vain osittain laatusuosituksen kriteerit. Kun halutaan selvittää laatusuosituksen toteutumista tai muuten vertailukelpoisesti tehdä toimintaa näkyväksi, on kysyttävä erikseen jokaista laajan terveystarkastuksen keskeistä toimintaa.

Lähteet:

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E ja Rimpelä A. 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Stakes Työpapereita 32/2007. Stakes. Helsinki.

Opiskeluhuollon henkilöstömitoitus peruskouluissa

Kirsi Wiss, tutkija; Stakes & Vesa Saaristo, tutkija, Tampereen yliopisto & Matti Rimpelä, tutkimusprofessori, Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

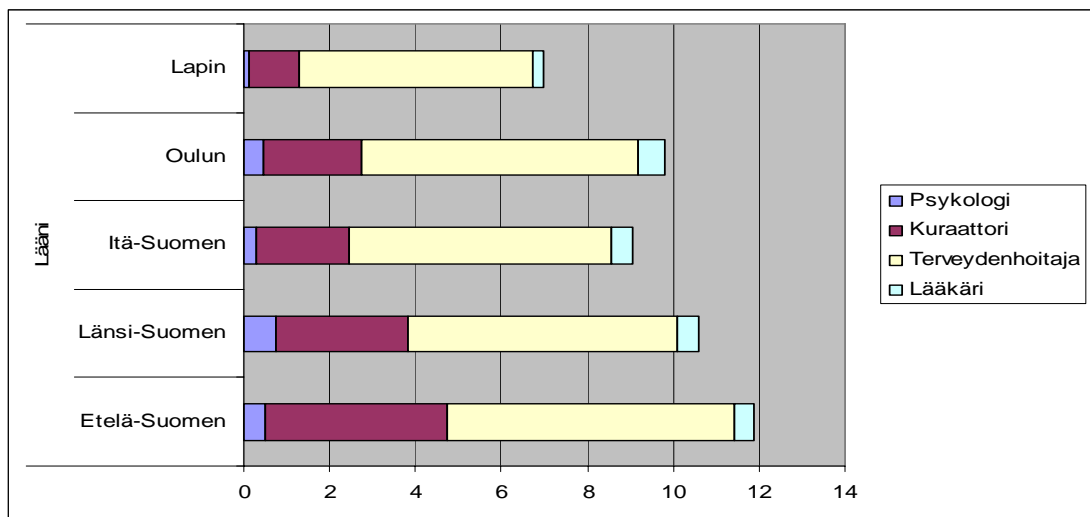
Opiskeluhuollossa (OH) yhdistyvät kansanterveyslain tarkoittama kouluterveydenhuolto, lastensuojelulain mukainen kasvatuksen tuki ja perusopetuslain mukainen oppilashuolto. Kouluyhteisön kaikki aikuiset osallistuvat opiskeluhooltoon. OH:n erityishenkilöstöllä tarkoitetaan niitä ammattihenkilöitä, joiden päätehtävänä on tukea oppilaiden ja kouluyhteisön hyvinvointia. OH-henkilöstön työpanoksen mittaamisen menetelmiä on kehitetty Stakesin terveyden edistämisen vertaistietohankkeessa (TedBM-hanke). Tunnusluvuksi esitetään "tuntia viikossa 100 oppilasta kohti".

Tutkimuksessa selvitettiin kouluterveydenhuollon laatusuosituksista ja muista suosituksista johdetun (ks. Taulukko) hyvän henkilöstömitoituksen keskimääräisen tason toteutumista neljässä OH-erityishenkilöryhmässä. Aineistona olivat ne 7.–9. luokkien peruskoulukyselyyn (Rimpelä ym. 2007) vastanneet 265 peruskoulua, jotka ilmoittivat tiedon kaikkien neljän erityishenkilöstön työpanoksesta syyslukukaudella 2006. Vaihtelut koulujen ilmoittamassa henkilöstömitoituksessa olivat suuria koulujen (Taulukko) ja läänien (Kuvio) välillä.

Taulukko. Opiskeluterveydenhuollon erityishenkilöstön mitoitus (tuntia viikossa/100 oppilasta) 7.–9. luokkien peruskouluissa (N=265) syyslukukaudella 2006

	Suositus	Keskiluku	25 %:n poikkeama-arvot
Kouluterveydenhoitaja	6,0	6,3	4,9–8,5
Koululääkäri	1,7	0,5	0,2–0,9
Koulun sosiaalityö	4,0	2,9	0,5–5,8
Koulun psykologitoiminta	4,0	0,4	0,0–1,6
Yhteensä	15,5	9,6	

Kuvio. Opiskeluhuollon erityishenkilöstön mitoitus 7.–9. vuosiluokkien peruskouluissa läänin mukaan syyslukukaudella 2006



OH-henkilöstöä tulisi johtaa kokonaisuutena. Työpanosten välillä ei kuitenkaan ollut negatiivista korrelaatiota: Yhden OH-erityishenkilöryhmän niukkuutta ei korvata lisäämällä toista ammattiryhmää. Tunnuslukua "tuntia viikossa 100 oppilasta kohti" suositellaan henkilöstöjohtamiseen. Se tekee myös näkyväksi opiskeluhuollon erityishenkilöstön mitoituksen myös vanhemmille.

I Lasten ja nuorten diabetes ja diabeteksen ehkäisy

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma

Maria Arne, vs. pääsihteeri

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010), Suomen

Diabetesliitto ry

maria.arne@diabetes.fi

Dehko on Suomen kansallinen diabetesohjelma ja sen tehtävänä on kehittää diabeteksen hoitoa ja hoidon laatua sekä tukea diabeetikon omahoitoa

- Dehkoon liittyy myös tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma, jota toteutetaan Dehkon 2D -hankkeessa viidessä sairaanhoitopiirissä
- Dehko kehittää yhteistyössä terveydenhuollon kanssa diabeteksen hyvien hoitokäytäntöjen malleja ja tuottaa aineistoa terveydenhuollon, viranomaisten, päättäjien ja kansalaisten käyttöön
- Dehkon päärahoittaja on Raha-automaattiyhdistys
- Kansainvälisesti arvostettua ja kopioitua Dehkoa koordinoi Suomen Diabetesliitto
- Lisätietoja Dehkosta ja Dehkon julkaisuista www.diabetes.fi
- Suomessa on tyypin 1 diabeetikoita noin 40 000 ja tyypin 2 diabeetikoita noin 250 000. Diagnostisoimattomia tyypin 2 diabeetikoita arvellaan olevan noin 200 000.

Dehkon tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma

Ohjelman tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä niin, että lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen ja sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä tulee järjestelmällistä, laajaan yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Ohjelma perustuu tieteelliseen näyttöön, että elintapojen korjaamisella ja tehostetulla neuvonnalla voidaan merkittävästi vähentää diabetekseen sairastumista.

Väestöstrategia

- tyypin 2 diabeteksen ja lihavuuden järjestelmällinen ehkäisy sekä terveellisten ruokatuotteiden ja arkiliikunnan edistäminen viestinnän, koulutuksen, elintapaohjauksen avulla

Korkean riskin strategia

- riskiryhmän seulonta ja riskitekijöiden hoito elämäntapaohjauksella

Varhaisen diagnoosin strategia

- jo sairastuneiden diabeetikoiden ohjaaminen hoitoon ja seurantaan

Dehkon ehkäisyohjelman toimeenpanohanke D2D 2003–2007

- on tuottanut toimintamalleja terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon
- arvioitavana on ehkäisy- ja hoitokäytäntöjen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Lapset ja nuoret

- Lasten lihavuus lisääntyy aikuisten lihavuuden tapaan kaikkialla maailmassa. Tämän seurauksena tyyppin 2 diabetes yleistyy myös lapsilla.
- Lihavuuden ehkäisy on välttämätöntä, sillä lihavuuden hoito on vaikeaa. Kodin rooli lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisyssä on tärkeä, mutta sen ohella päiväkodit, koulut ja oppilaitokset voivat lisätä tietoutta terveyteen vaikuttavista tekijöistä, ravitsemuksesta ja liikunnasta. Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa huomioidaan lihavuuden ehkäisy ja perheiden elintavat. Erityistä huomiota kiinnitetään lapsiin, joilla on lihavat vanhemmat ja lapsiin, joiden suvussa tiedetään olevan tyyppin 2 diabetesta.

Diabeetikkolapsi päiväkodissa ja koulussa

Riitta Koivuneva, sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntija
Diabetesliitto
etunimi.sukunimi@diabetes.fi

Päivähoidossa ja koulussa tapahtuvalla diabeteksen hoidolla on suuri merkitys lapsen diabeteksen kokonaisuudessa. Tasaiset verensokerit auttavat lasta jaksamaan päivähoitossa olon ja koulupäivän ajan. Päiväkodin ja koulun aikuisten suhtautuminen diabetekseen on lapselle metaviesti, siitä kuinka hyväksyttävä ja tärkeä eri ominaisuuksinen olen. Lasten diabetes on pääosin tyyppin 1 diabetesta. Vuonna 2006 Suomessa oli 4185 alle 15-vuotiasta diabeetikkoa. Alle 15 -vuotiaita sairastuu tyyppin 1 diabetekseen vuosittain yli 600. Diabeteksen hoidon osatekijät päivähoitossa ja koulussa ovat

- verensokerin mittaaminen
- insuliinin oikean määrän annostelu
- insuliinin pistäminen
- hiilihydraattien arviointi
- ylimääräinen(set) välipala(t)
- näiden kaikkien elementtien yhteensovittaminen liikunnan kanssa

Verensokeri voi joskus laskea liikaa (alle 4 mmol/l). Liian alhainen verensokeri voi johtaa tajunnan menetykseen ja insuliinishokkiin. Ilman asianmukaista apua tajuton lapsi voi altistua aivovaurioille ja tajuttomuus voi johtaa hengen menetykseen. Liian korkeat verensokerit huonosti hoidetussa diabeteksessä voivat puolestaan aiheuttaa lapselle vuosien saatossa vammauttavia lisäsairauksia (silmänpohjmuutoksia, munuaismuutoksia ja hermostomuutoksia). Diabetekseen liittyvien hoitotoimien vastuunjakoon päiväkodissa tai koulupäivän aikana ei ole yksiselitteistä juridista ratkaisua. Päivähoidon osalta lainsäädäntö turvaa lapsen aseman koulua paremmin. Relevanttia lainsäädäntötaustaa ja informaatio-ohjausta ovat:

- Perustuslaki 6§, 7§, 16.1§, 19.1§ ja 19.3§
- Päivähoitolaki ja -asetus
- Perusopetuslaki 4§, 15 §, 29 §, 31 a §
- Kansanterveyslaki 14 § 1. mom. 5-kohta, 14.6 §
- Potilaslaki 2 § 1 mom. 2-kohta
- Stakesin kouluterveyden ohjeistus 2002 ja STM:n laatusuositus 2004

- Ohjeet käytännön vastuunjaosta STM:n oppaassa: Turvallinen lääkehoito, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, STM, Oppaita 2005:32

Viimemainitut ohjeet koskevat myös ympäristöjä, joissa ei tyypillisesti toteuteta lääkehoitoa, kuten päiväkodit ja koulut. STM:n suosituksen mukaan jokaiselle päivähoidossa tai koulussa olevalle diabeetikolle tulisi laatia henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma, jonka myötä päivähoidossa ja koulussa toteutettavasta diabeteksen hoidosta tulee turvallista sekä hallittua niin henkilökunnan kuin lapsenkin kannalta. Vastuu lapsen diabetekseen liittyvistä toimista on aina aikuisella. Koska Diabetesliittoon tulee jatkuvasti yhteydenottoja erityisesti koulupäivän aikaiseen diabeteksen hoitoon liittyviin ongelmiin, Diabetesliitossa päätettiin laatia STM:n ohjeiden pohjalta suunnitelma lapsen diabeteksen hoidosta koulupäivän aikana. Yhteyttä ottavat rehtorit, opettajat, lääkärit sekä lasten vanhemmat. Vanhemmat ja koulut voivat halutessaan käyttää suunnitelmaa apuna sopiessaan lapsen diabeteksen hoidosta koulussa. Lomake on tulostettavissa osoitteesta: http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=777 ja sitä voi soveltaa myös päivähoitoon. Ennen suunnitelman laatimista liitto kartoitti pienimuotoisen tutkimuksen avulla lasten koulupäivän aikaisen diabeteksen hoidon ongelman yleisyyttä ja kipupisteitä.

Tulokset vahvistivat yhteydenottojen luomaa käsitystä siitä, että lapset ovat koulukohtaisesti hyvin eriarvoisessa asemassa keskenään. Tulosten mukaan:

- suurin osa lapsista tarvitsee aikuisen apua koulupäivän aikana
- kolmasosalla 2- tai 3-pistoshoidolla olevista lapsista oli lapsen lääkehoidon tarpeisiin huonosti vastaava hoitomuoto, koska insuliinipistos ei järjestynyt koulussa
- 16 % lapsista oli täysin yksin vastuussa diabeteksen hoidosta koulupäivän aikana, vaikka olisivat tarvinneet aikuisen apua
- osalla luopumista leirikoulusta tai luokkarekkestä, koska diabeteksen hoitoa ei saatu järjestettyä
- osalla vanhemmista oli vääristynyt rooli hoitotoimiin osallistujina koulupäivän aikana
- kouluterveydenhoitajien puute: välitön terveydenhuollon ammattilaisen apu tai konsultointi ei ole yleensä mahdollista. Diabetekseen liittyvistä toimista ja mahdollisista erityistilanteista on pääsääntöisesti voitava selviytyä koulun muiden ammattiryhmien taidoin.
- puolella lapsista on ollut joko oma tai muiden kanssa yhteinen koulunkäyntiavustaja diabetekseen liittyviä toimia varten
- vain 63 % kouluista on sovittu, missä säilytetään ensiapuannos

Tilanne on edennyt toimiin opetushallituksessa, jossa on kevästä 2007 lähtien kokoontunut yhteistyöryhmä, jonka tehtävänä on kartoittaa tilannetta ja suunnitella tarvittavia toimia (OPH, OPM, STM, Stakes ja Diabetesliitto). Omalta osaltaan uuden, lasten asemaa paremmin turvaavan lainsäädännön kehittymistä edistää tuore kansanedustajan tekemä kirjallinen kysymys (kk 342/2007 vp): ”Mihin toimenpiteisiin hallitus aikoo ryhtyä diabetesta sairastavien koululaisten turvallisuuden takaamiseksi ja asiaa koskevan lainsäädännön parantamiseksi?” Opetusministerin vastauksen mukaan diabeteksen tai oppilaan muun sairauden hoitamisen vastuusta koulupäivän aikana ei ole nimenomaisesti säädetty ja tarkoituksena on saada vastuunjakoon liittyvät periaatteet ja säännökset nykyistä täsmällisemmiksi. YK:n Maailman Diabetespäivänä 14.11.2007 julkaistu Diabetesliiton suunnitelma on saanut myönteistä kansainvälistä huomiota. Ruotsissa se otetaan käyttöön tänä vuonna.

J Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja riskien kumuloituminen

Elise Kosunen, professori
Tampereen yliopisto
etunimi.sukunimi@uta.fi

Seksuaalisen riskikäyttäytymisen käsite ei ole yksiselitteinen, sillä riskikäyttäytymisen tulkinta vaihtelee yhteiskunnallisesta ympäristöstä riippuen. Erityisen selvästi erot tulevat esiin suhtautumisessa nuorten seksuaalisuuteen. Varhaisemmassa kirjallisuudessa, josta valtaosa on peräisin Yhdysvalloista, seksuaaliseksi riskikäyttäytymiseksi luettiin ylipäätään nuorten ryhtyminen seksisuhteisiin ennen avioliittoa. Länsieurooppalaisessa ja etenkin Pohjoismaisessa ympäristössä suhtautuminen nuorten seksuaalisuuteen on ollut sallivampaa, ja riskikäyttäytymisen tulkintakin on ollut erilainen. Nykyisellään riskikäyttäytymisellä ymmärretään tavallisimmin seksuaalikäyttäytymistä, josta aiheutuu terveydellisiä haittoja: ei toivottuja raskauksia, raskauden keskeytyksiä ja sukupuolitauteja. Tutkimuksissa se usein operationalisoidaan mittaamalla sukupuolikumppaneiden määrää ja suojaamattomia yhdyntöjä.

Varhain alkava sukupuolinen aktiivisuus on yhteydessä biologiseen maturaatioon: varhain kypsyvät nuoret aloittavat seksikokeilut aikaisemmin kuin myöhään kypsyvät. Aikuistyyppisen elämän kokeiluihin liittyvät myös muut kokeilut. Lukuisissa ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu, että varhaisella iällä seksin aloittavat tupakoivat ja käyttävät päihteitä enemmän kuin ne, jotka eivät ole ryhtyneet seksisuhteisiin. Seksielämän jatkuminen tiheään vaihtuvien kumppaneiden kanssa on elämisen tyyli, joka puolestaan on yhteydessä sekä varhaiseen aloittamiseen että päihteiden käyttöön. Suojaamattoman seksin harrastamisessa yhteydet ovat niin ikään samansuuntaisia, joskin tulokset yhteydestä alkoholin käyttöön ovat ristiriitaisempia. Tätä selittänee se, että alkoholinkäyttötapoja ei ole tutkimuksissa yleensä riittävästi eritelty.

Edellä esitetty tarkastelukulma on siis varsin fyysinen tai biologinen. Kuva muuttuu entistä monimutkaisemmaksi, kun huomioidaan myös psykososiaaliset tekijät. Tästä näkökulmasta asiaa on tutkittu maailmanlaajuisestikin huomattavasti vähemmän. Suomalaisten Kouluterveyskyselyn aineistoihin perustuvassa tutkimuksessa 14-16 -vuotiailla tytöillä monet seksikumppanit ja pojilla ylipäätään seksin aloittaminen varhaisella iällä oli yhteydessä depressiivisyyteen. Ehkäisemättä jättäminen oli yhteydessä depressiivisyyteen molemmilla sukupuolilla. Tutkimus ei anna vastausta siihen, johtaako depressiivisyys seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen vai aiheuttaako varhain aloitettu seksi depressiivisyyttä. Vai onko koko vyyhden taustalla yhteinen tekijä, joka liittyy nuoren perhe- ja elinolosuhteisiin?

Esityksessä käsitellään suomalaisia tutkimustuloksia nuorten seksuaalisen riskikäyttäytymisen yhteyksistä ja pohditaan yhteyttä seksuaaliterveyden sosioekonomisiin eroihin, joista Suomessa on edelleen varsin vähän tutkimukseen perustuvaa tietoa.

NUSKA – Nuorten seksuaalinen kaltoinkohtelu – kokemuksia kohtaamis- ja verkostoitumismallista

Kirsi Porras, projektikoordinaattori
Väestöliitto
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Väestöliiton seksuaaliterveysklinikalla toimii Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Nuska- kohtaamisprojekti. Projekti on kehittänyt kohtaamis- ja verkostoitumismallin seksuaalisesti kaltoinkohdeltujen nuorten auttamiseksi. Projektin tavoitteena on lisätä tietoa seksuaalisesta kaltoinkohtelusta, löytää yhteistyötahoja, verkostoitua, järjestää koulutuksia kohtaamis- ja verkostoitumismallista läpi Suomen sekä kehittää materiaalia ammattilaisille ja nuorille.

Tutkimukset lasten ja nuorten seksuaalisesta hyväksikäytöstä ovat osoittaneet ilmiön esiintyvän kaikissa yhteisöissä ja yhteiskuntaluokissa. Vuonna 2006 tehtiin 1055 rikosilmoitusta liittyen lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Eräiden arvioiden mukaan seksuaalirikosten todellinen määrä on noin nelinkertainen rikosilmoituksiin verrattuna. Seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuvat sekä tytöt että pojat. Väestöliiton tutkimuksen mukaan (2006) jopa 11 % suomalaisista 8.-luokkalaisista on kokenut seksuaalista kaltoinkohtelua, joka sisältää intiimialueiden fyysistä koskettamista ja / tai seksiin pakottamista. Pojat ilmoittivat tyttöjä enemmän kokeneensa seksiin pakottamista.

Kohtaamis- ja verkostoitumismallia on pilotoitu kuudessa pisteessä, viidellä eri paikkakunnalla. Pilottipisteiden koulutuksiin on osallistunut opettajia, terveydenhoitajia, nuorisotyöntekijöitä, poliiseja, sosiaalityöntekijöitä, perhetyöntekijöitä ja kirkon työntekijöitä. Koulutuksessa on käsitelty seksuaalista kaltoinkohtelua, sen erilaisia ilmenemismuotoja sekä esiintyvyyttä Suomessa. Lisäksi koulutus on antanut tietoa normaalista seksuaalikehityksestä sekä ammattilaisille keinoja, joiden avulla voi madaltaa omaa kynnystään puuttua kaltoinkohteluun ja kohdata seksuaalisesti kaltoinkohdeltu nuori.

Verkostoitumismallia voi hyödyntää tekemällä omalle työpaikalleen kaavion oman kunnan verkostoista, jotka ovat mukana epäilyn tai jo tapahtuneen seksuaalisen kaltoinkohtelun selvittelyssä, hoidon järjestämisessä ja hoidossa. Kaaviosta on kätevästi nähtävillä oman alueen yhteistyökumppaneiden yhteystiedot sekä valtakunnalliset auttavat tahot. Ammattilaisten verkostojen lisäksi on tärkeää kartoittaa nuoren omat verkostot sekä läheisten aikuisten tuki.

Pilotointipisteissä on koulutuksen jälkeen alettu kartoittaa seksuaalisen kaltoinkohtelun mahdollisuutta mm. nuoren terveystarkastuksessa ja asiakaskontakteissa, herätetty laajempaa keskustelua työyhteisön sisällä seksuaaliväkivallasta, järjestetty vanhempainiltoja ja oppitunteja ilmiön ehkäisemiseksi. Lisäksi on laajennettu ja kehitetty yhteistyötä eri toimijoiden välillä, arvioitu jo olemassa olevia toimintaohjeiden toimivuutta sekä mietitty verkostojen laajentamista.

Toimiva verkostoituminen mahdollistaa seksuaalisesti kaltoinkohdellun nuoren ja hänen läheistensä auttamisen. Verkostoitumisesta hyötyvät lisäksi nuorten parissa joko suoranaisesti tai välillisesti toimivat työntekijät.

Omassa työyhteisössä on hyvä miettiä verkostojen toimintaa ja kehittymistarpeita, joiden avulla verkostot pystyvät kitkattomasti auttamaan ja tukemaan seksuaalisesti kaltoinkohdeltua nuorta ja hänen läheisiään. Mikä on sinun roolisi ja panoksesi tässä verkostossa?

http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/nuorten_seksuaalinen_kaltoinkoht/

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen Turussa

Katriina Bildjuschkin, oh, klö, seksuaalikasvattaja
Turun Ehkäisyneuvola
etunimi.sukunimi@turku.fi

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen Turussa on ollut Ehkäisyneuvolan erityisen huomion kohteena viime vuosina. Kehittämistyötä on tehty yhdessä Terveiden edistämisen yksikön, kouluterveydenhuollon ja nuorisotoimen kanssa.

Keskitettyjä perhesuunnittelupalveluita on Turussa ollut vuodesta 1974. Erityistä Turulle on ollut se, että perhesuunnittelu- ja sittemmin ehkäisyneuvolan lopettamisesta tai integroimisesta väestövastuuseen ei ole edes keskusteltu. Ehkäisytyö on nähty arvokkaana ja on pidetty tärkeänä, että se pysyy oman alansa asiantuntijoiden käsissä. Ehkäisyneuvolan kaikilla hoitajilla on oman ammattitutkinnon (klö/th) lisäksi myös seksuaalineuvojan (30 op.) koulutus. Lääkärit ovat kaikki gynekologeja.

Lukuja taustatiedoksi

Turussa ikäluokka on n. 1800 henkilöä. Peruskouluja kaupungissa on 51 kpl, lukioita 14 ja ammattikouluja 6 kpl. Jokaiselle koululla on oma kouluterveydenhoitaja. Tosin pienissä kouluissa terveydenhoitajan työhön voi kuulua myös neuvolatyötä.

Kouluterveyskyselyn mukaan seksuaaliterveystiedot ovat huonot n. joka viidennellä oppilaalla. Raskauden keskeytyksiä alle 19 -vuotiaille tehdään vuosittain n.70–90 kpl (vuodet 2000- 2006).

Alle 14 -vuotiaille keskeytyksiä tehdään 0-4 vuosittain (vuodet 2000- 2006). Alle 19 -vuotiaita synnyttäjiä on vuosittain n. 50. Sukupuolitauti tilanne on samankaltainen kuin muissa suurissa kaupungeissa.

Periaatteet

Kaupungin strategisten menestystekijöistä yksi on lasten, nuorten ja lapsiperheiden aseman kehittäminen. Seksuaaliterveyden edistämisen periaatteet ovat ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen, vaikuttavuuden lisääminen, nuorten oma osallistuminen ja palvelujen helppo saatavuus.

Turun oma malli seksuaalikasvatuksessa

Kattavien palveluiden lisäksi on viime vuosina haluttu kehittää myös kouluterveydenhuollon seksuaalikasvatustyötä. Kouluhoitajat pitävät opettajien lisäksi kouluissaan tunteja oppilaille. Kouluhoitajien tueksi on, heidän omasta aloitteestaan, alettu valmistaa materiaalia sekä järjestetty koulutusta sekä hoitajille, koululääkäreille että opettajille.

Turun oma materiaali sisältää seksuaalikasvatusrunгон tuntipohjineen. Opetusrungon pohjana on paikallinen ja tutkittu tieto. Runko on toistaiseksi vain kansimuodossa ja se on jaettu kaikkiin kouluihin. Kansion lisäksi on kirjoitettu viidestätoista eri aiheesta esite, jonka kouluhoitaja voi jakaa oppilaille asian käsittelyn jälkeen. Esiteissä on turkulaiset yhteystiedot niistä paikoista joihin nuoret voivat hakeutua saamaan lisäohjausta ja -palveluita. Tuntien pitämisen tueksi on kerätty alakouluille materiaalipaketti hygienian hoidosta ja yläkouluille/ lukioille ehkäisyvälineistä. Lisäksi kouluhoitajilla on mahdollisuus käyttää Ehkäisyneuvolan tuottamia opetuselokuvia tytön ja pojan seksuaaliterveyden hoidosta. Elokuvat ovat: Ensimmäinen gynekologinen tutkimus ja Nuoren miehen seksuaaliterveys.

Koululuokkien vieraileminen Ehkäisyneuvolassa on myös mahdollista. Kouluterveydenhuollolle ja opettajille järjestetään vuosittain yhdestä kahteen koulutusta nuorten seksuaaliterveyden edistämisestä ja hoidosta.

Kaupungin palvelut nuorille

Turussa ehkäisyn aloituksen ja jälkiehkäisyn voi saada koulu – ja opiskeluterveydenhuollon kautta, Ehkäisyneuvolasta tai Lasten ja Nuorten poliklinikan gynekologiselta vastaanotolta. Sukupuolitautien poliklinikka palvelee TYKS:ssä kaikkia kaupunkilaisia.

Sähköisesti seksuaaliterveyteen ja sen hoitoon voi tutustua nuorten omien internetsivun kautta. Kaupungin sivuilta pääsee nuortenturku -sivustoille, joissa seksuaaliterveys on oman aihekokonaisuutenaan. Sivuilta on mahdollisuus päästä suoraan kysymään omaa asiaa Ehkäisyneuvolasta. Lisäksi sivuille on usein kysyttyä osio. Ohjaus palveluihin löytyy tietysti myös samoilta sivuilta.

Nuortenturku foorumi on 13–17-vuotiaille nuorille mahdollisuus vaikuttaa tekemällä toiminnan ja ympäristön viihtyvyyden parannusehdotuksia kouluissa ja nuorisotaloilla. Hankkeet kouluissa ja nuorisotaloissa suunnitellaan niin, että kaikki koulun oppilaat vaikuttavat hankkeen valintaan esim. äänestämällä.

Tähän asti hankkeet ovat painottuneet ympäristön viihtyvyyteen ja yksi hanke oli vuonna 2007 suunterveydenhuollosta; terveet hampaat projekti. Osallisuusidean mukaisesti kehitettävän asian pitää lähteä nuorista. Nähtäväksi jää koska nuoret itse nostavat seksuaaliterveyden edistämisen omaksi hankkeekseen.

K Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa

Varhainen puuttuminen alkoholinkäyttöön – Audit - työ Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa

Marja Heinänen, johtava erityissuunnittelija & Leena Alho, suunnittelija
Sosiaalivirasto, Helsingin kaupunki
etunimi.sukunimi@hel.fi

Audit-testin tekeminen Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa aloitettiin 1990-luvun puolivälissä. Audit-testin ohella mitattiin maksa-arvoja, kysyttiin viikkokulutusarviota sekä käytiin palautekeskustelua. Kampanjoita tehtiin mm toreille, kirjastoihin ja sosiaalikeskuksiin.

Vuonna 2007 Audit - opas toimitettiin sosiaalialalle, Helsingin kaupungin ehkäisevän työn toimesta. Audit – oppaan alkuperäisteos on WHO:n aineistoa.

Opasta tullaan hyödyntämään sosiaaliviraston henkilökunnan kouluttamisessa. Ehkäisevän työn yksikö ja sosiaaliviraston eri yksiköt suunnittelevat koulutukset yhdessä ja ne tullaan toteuttamaan vuoden 2008 aikana.

Koulutuksen tavoitteena saada sosiaalityön ammattilaiset käyttämään työvälineenään Audit-testiä, joka on jo pitkään terveydenhoitoalalla käytetty vaikuttava ja kustannustehokas menetelmä. Menetelmän tavoitteena on saada asiakas tiedostamaan alkoholinkäyttönsä taso ja riskit sekä saada mahdollisimman varhainen kohdennettu tuki ennen ongelman syntyä.

Menetelmän käytöstä on tarkoitus tehdä tutkimuksia, joissa kuvataan Audit-testin sopivuutta sosiaalialalle ja joissa hyödynnetään työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia Auditista sekä tilastollista seurantaa.

Lauri Kuosmanen, projektikoordinaattori & Liisa Pajula, päihdehoitaja & Maria Vuorilehto, projekti-päällikkö

Kokemuksia terveysaseman päihdehoitajatoiminnasta

Sateenvarjo-projekti on vuonna 2005 käynnistynyt Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Hanke toteutetaan Vantaan ja Keravan kaupunkien sekä HYKS-sairaanhoitoalueen yhteistyönä. Projektin tavoitteena on vuoteen 2009 mennessä kehittää seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaismalli, jossa palvelujen painopiste on peruspalveluissa, ja ongelmien tunnistaminen ja matalan kynnyksen hoidon aloittaminen kaikissa ikäryhmissä toteutuu nykyistä aikaisemmin.

Vuosina 2005–2007 Sateenvarjo-projektissa on kehitetty ja mallinnettu uudenlaisia työtapoja perustason mielenterveys- ja päihdetyöhön. Yhtenä esimerkkinä uusista työtavoista on päihdehoitajan työnkuvan kehittäminen osaksi terveysaseman toimintaa. Keskeistä tässä mallissa on alkoholin suurkuluttajien tunnistaminen terveyskeskustyössä Audit-kyselyn systemaattisella käytöllä ja Mini-intervention toteuttamisella. Sateenvarjo-projektissa on Vantaan kahdella terveysasemalla toiminut osa-aikainen päihdehoitaja, joka on sairaanhoitajan vastaanotolla systemaattisesti seulonut alkoholin suurkulutusta ja toteuttanut mini-interventiota sekä päihdeongelmaisten potilaiden seurantakäyntejä. Päihdehoitaja on toiminut yhteyshenkilönä Yleislääkäriyhdistyksen alkoholin suurkulutuksen laatuverkostoon ja koonnut yhteistyössä muun henkilöstön kanssa oman terveysaseman seulontasäännösten. Tämä työmalli näyttää sopivan terveysasemien työkuultuuriin hyvin. Aluksi päihdehoitajan vastaanotolle ohjatuilla potilailla on näyttänyt olevan jo melko vaikea päihdeongelma, ja tavoitteena onkin edelleen varhaistaa ongelmien tunnistamista ja niihin reagoitua. Työnkuvan kehittämistä jatketaan Sateenvarjo-projektissa vuosien 2007–2009 aikana nykyistä preventiivisemmäksi. Tavoite vuoden 2009 loppuun mennessä on, että jokaisella terveysasemalla toimii osa-aikainen päihdehoitaja, joka fasilitoi suurkulutuksen tunnistamista, mini-intervention käyttöä ja toimii yhteyshenkilönä päihdepalveluihin. Toiminnan arviointi toteutetaan yhdessä Yleislääkäriyhdistyksen Alkoholin suurkulutuksen laatuverkoston kanssa auditoimalla toteutettujen seulontojen ja mini-interventioiden määrää; tavoitteena on saavuttaa epidemiologisten tietojen valossa valtaosa terveysasemalla käyvistä suurkuluttajista.

TIIVISTELMÄT

Terveyden edistäminen kunnissa ja alueilla

Lapsi ja nuorisopoliittinen ohjelma terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen linjaajana Kuopiossa

Marjatta Pirskanen, terveyden edistämisen suunnittelija, Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus, Pirjo Varjoranta, koulutuspäällikkö, Petteri Paronen, kaupunginjohtaja, Kuopio
etunimi.sukunimi@kuopio.fi

Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma 2006–2012 on valmistunut kaupunginhallituksen nimeämän neuvottelukunnan ja valmistelevan työryhmän yhteistyönä. Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma perustuu kaupungin strategiaan, edelliseen lapsi- ja nuorisopoliittiseen ohjelmaan (2000) ja sen seurantaraportteihin sekä Kuopion Hyvinvointikertomukseen 2005. Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma on yhtenevä myös Terve Kuopio -ohjelman tavoitteiden kanssa.

Kuopion lapsi ja nuorisopoliittinen ohjelma 2006–2012 sisältää neljä painopistealuetta:

1. vanhemmuuden vahvistaminen,
2. lasten ja nuorten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden turvaaminen,
3. nuorten työllistyminen ja elintason turvaaminen ja
4. hyvien käytäntöjen jatkaminen, levittäminen ja kehittäminen.

Jokaiselle painopistealueelle on valittu tavoitteet ja useita toimenpiteitä, joilla mahdollistetaan asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ohjelmakauden aikana.

Lapsi- ja nuorisopoliittisesta ohjelmasta laaditaan vuosittaiset toimintasuunnitelmat ja -kertomukset kaupungin talous- ja toimintasuunnitelman valmistelun yhteydessä. Ohjelman tarkoituksena on suunnata kaupungin eri hallintokuntien ja luottamushenkilöiden toimintaa ohjelman tavoitteiden mukaisesti. Ohjelman toivotaan tukevan myös lapsiperheiden, kansalais- ja vapaaehtoisjärjestöjen, yritysten ja muiden yhteistyökumppaneiden toimintaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämässä. Lapsi ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta on arvioinut vuoden 2007 toimintasuunnitelman toteutumista ja asettanut tavoitteita vuodelle 2008. Neuvottelukunta priorisoi kaksi tärkeintä toimintaa vuodelle 2008. Nämä ovat avohuollon tukitoimien kehittäminen vanhemmuuden vahvistamiseksi ja SIHTI -projektin jatkuminen nuorten mielenterveyden tukemiseksi.

Vuoden 2008 alusta voimaan astuva lastensuojelulaki edellyttää kuntakohtaisen 4-vuotisen lastensuojelun suunnitelman tekemistä. Siinä tullaan kartoittamaan kaikki kunnan käytössä olevat avohuollon voimavarat, muutkin kuin vain lastensuojelun, joiden avulla voidaan ehkäistä lastensuojelun kasvavaa tarvetta. Ehkäisevä lastensuojelu on ymmärrettävä koko kuntaa ja kaikkia hallintokuntia koskevana toimintana. Lastensuojelun voimavaroista sitoutuu tällä hetkellä liian suuri osa tilanteisiin, joissa lastensuojelun tarve on jo syntynyt.

SIHTI -projektin jatkumisen lisäksi tärkeä kehittämiskohde on 13–14-vuotiaiden nuorten mielenterveyden edistäminen ja hoitopolun laatiminen masennusriskissä oleville nuorille. Hoitopolku otettiin käyttöön syksyllä ja stressinhallintakurssit masennusriskissä oleville 13–14-vuotiaille ovat alkamassa. Stressihallintakurssien vetäjiksi koulutettiin

kouluterveydenhoitajia, koulukuraattoreja sekä kaupungin ja ev.lut. seurakunnan nuorisotyöntekijöitä. Kehittämistoimintaan liittyy kaksi tieteellistä tutkimusta. Tavoitteesta hyvien käytäntöjen levittämiseksi toteutuu mm. verkostokonsulttitoiminnan uudelleen käynnistäminen. Verkostokonsultit koulutettiin v. 2004 Stakesin VARPU- hankkeessa, mutta toiminta keskeytyi välillä resurssien puutteen vuoksi. Verkostokonsulttitoiminnan tavoitteena on edistää moniammatillista työtä ja varhaista puuttumista.

Edellä kuvattujen lisäksi lapsi- ja nuorisopoliittisen ohjelman toimintakertomukseen ja -suunnitelmaan on kirjattu lukuisa joukko eri toimialojen terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintaa. Näistä mainittakoon koulu-, kulttuuri- ja vapaa-aikatoimen Aktiivinen lapsuus ja nuoruus -hanke sisältäen kulttuuripolun ja liikuntapolun, HarrasteHaku -ohjelma, Kuopion poliisin Who Cares -ehkäisevä toiminta, Turvallisuussuunnitelman päivittäminen ja sosiaalisen työllistämisen kehittäminen.

Kuusiokunnat ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu terveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä

Eija Kyrönlahti, yliopettaja
Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
etunimi.sukunimi@seamk.fi

Kuusiokunnat (Alavus, Kuortane, Lehtomäki, Soini, Töysä ja Ähtäri) ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö ovat olleet vuodesta 2004 lähtien mukana valtakunnallisessa TEJO (Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen) -hankkeessa. Tavoitteena on kuusiokuntalaisten terveyserojen kaventaminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulman laajentaminen kaikkiin kuntien politiikkoihin.

TEJO -hanketta on kunnissa vienyt eteenpäin Tejo -ohjausryhmä, jossa on edustaja kustakin kuntayhtymän jäsenkunnasta, terveystieteiden kuntayhtymästä, ammattikorkeakoulusta ja lääninhallituksesta. Ohjausryhmä on poikkihallinnollinen ja siinä ovat edustettuina sivistys-, sosiaali- ja tekninen toimi sekä terveydenhuolto. Lisäksi TEJO -hankkeen toimintaa suunnittelee ja toteuttaa Tejo -tiimi, joka koostuu terveydenhuollon ja ammattikorkeakoulun edustajista. Tejo -tiimin jäsenet ovat osallistuneet Stakesin järjestämiin koulutuspäiviin ja työkokouksiin.

Vuonna 2005 kerättiin ensimmäistä kertaa kuntalaisten hyvinvointitietoa ja 2006 kirjoitettiin ensimmäinen hyvinvointikertomus, jonka indikaattoreiden valinnassa otettiin huomioon Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet. Kerättyä tietoa on esitelty vuoden 2007 aikana kunnissa viranhaltijoille ja luottamushenkilöille. Tieto on mahdollistanut osaltaan kuntalaisten terveyserojen tunnistamisen. Vuoden 2007 aikana on kehitetty seutukunnallinen terveyden edistämisen johtamismalli, jonka terveystieteiden kuntayhtymän hallitus on hyväksynyt.

Kuusiokunnissa järjestettiin IVA (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi) -koulutusta, johon ohjausryhmän lisäksi osallistui myös muita asiasta kiinnostuneita henkilöitä. IVA -menetelmän avulla on terveyden edistämisen näkökulma pyritty ottamaan huomioon kunnallisessa päätöksenteossa. Ammattikorkeakoulusta on viisi lehtoria suorittanut IVA -kouluttaja-koulutuksen. He ovat vieneet kyseisen menetelmän myös sosiaali- ja terveystieteiden yksikön koulutusohjelmiin.

Kunnissa on toteutettu ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja lehtoreiden toimesta erilaisia kampanjoita, joiden tarkoituksena on ollut konkretisoida Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikön opiskelijat ovat laatineet työelämälähtöisiä opinnäytetöitä, joiden aiheet liittyvät Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteisiin ja terveyden edistämisen laatusuosituksiin. Näiden avulla laaditaan eri ikäisille terveyden edistämisen toimintaohjelmat. Lisäksi on tehty yksi kehittämistyö, jossa tarkasteltiin vanhusväestön terveyden ja hyvinvoinnin asioita. Kehittämistyö tuotti vanhuksia koskevan haastattelulomakkeen, jonka avulla voidaan laatia vanhuksia koskeva hyvinvointiprofiili kunnallisen päätöksenteon pohjaksi ja toimintojen priorisoinnin tueksi. Toimintatapa otetaan käyttöön vuonna 2008. Vuoden 2007 aikana on käynnistynyt yksi väitöstudium, jonka päämääränä on aktivoida erityisesti nuoria kuntalaisia osallistumaan ja vaikuttamaan hyvinvointirakenteiden suunnitteluun.

Vuoden 2007 aikana keskusteltiin seudullinen terveyden edistämisen koordinaattori tarpeesta. Tätä kokeillaan vuonna 2008 ja tehtäväkuva suunnitellaan yhteistyössä hankkeen eri tahojen kanssa. Samoin nimetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmä sekä terveyden edistämisen toimintaryhmä. Lisäksi saadaan kokemuksia terveyden edistämisen johtamismallin toimivuudesta. TEJO -hanke on tukenut terveyden edistämisen näkökulman ottamista kunnalliseen päätöksentekoon. Poikkihallinnollinen toiminta ja eri organisaatioiden osallistuminen hankkeeseen on mahdollistanut erilaisten näkökulmien esille tulemistä.

Kuntakumppanuudella terveyttä edistämään

Pia Ahonen, yliopettaja
 Turun ammattikorkeakoulu
 Vappu Syrjälä, Ritva Laaksonen-Heikkilä
 etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Hankkeessa kehitettiin toimintamallia, jossa kunnan ja ammattikorkeakoulun kumppanuussopimuksen pohjalta yhdistetään kunnan tarpeet ja asiantuntijuus sekä AMK:n asiantuntijuus tehokkaaksi ja vaikuttavaksi toiminnaksi. Toimintamalliin sisältyy alueellisen yhteistyön edistäminen kuntien välillä. Tavoitteena on ollut edistää Varsinais-Suomen saaristo- ja rannikkoseutua edustavien pilottikuntien terveyttä ja hyvinvointia. Hanke on toteuttanut Turun AMK:n aluekehitysstrategiaa.

Osa hankkeen tuloksellisuudesta on kytketty terveystieteen ylemmän AMK-tutkinnon opinnäytetöihin, osasta on vastannut hanketta toteuttava opettajista muodostettu projekti-ryhmä. Opiskelijoiden kuntiin tekemien kehittämishankkeiden tavoitteena on ollut tuottaa välillisiä positiivisia vaikutuksia kunnan väestön terveyteen, hyvinvointiin ja palvelurakenteiden muutoksiin. Sen avulla on pyritty luomaan kuntatasolla poikkialueellisten terveyttä ja hyvinvointia edistävien toimintaprosessien kuvauksia ja prosessien kehittämissuunnitelmia sekä asiantuntijuuden lisäämistä. Osaprojektit ovat kohdentuneet mm. eri asuinalueiden väestön koetun terveyden ja hyvinvoinnin kartoituksiin, väestön palvelutyytyväisyyden kartoituksiin, kunnan työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin kartoituksiin, vanhusten ennakoivien kotikäyntien toteutuksen mallintamiseen, vanhusten terveyttä ja hyvinvointia kehittäviin interventioihin ja uusien toimintamallien luomiseen laitos- ja avopuolella sekä palvelurakenteita koskeviin selvityksiin ja toimintatapojen muuttamiseen. Hanke on toiminut projektioppimisen ympäristönä. Tutkimuksellinen mielenkiinto on kohdentunut kehittämishankkeiden soveltavan tutkimuksen lisäksi aikuisopiskelijoiden opetussuunnitelmien linkittymiseen projektiin, sekä siinä tiedon ja kokemuksen lisääntymiseen projektipedagogiikasta osana aikuispedagogiikkaa. Alueellisen strategian hyödyntämistä on evaluoitu opinnäytetöiden suunnittelussa ja toteutuksessa.

Valmistuneet tai alkuvuoden 2008 aikana valmistuvat kehittämishankkeet:

- Nauvo: 1. Voimaantumisen työhyvinvoinnin mahdollistajana Nauvon sosiaali-terveystoimessa. (2007)
- Sauvo: 2. Sauvon ala-asteikäisten perheiden elämänlaatu (2006)
 3. Sauvon kunnan vanhenevan väestön kotona asuminen ja toimintakyky (2007)
 4. Sauvon kunnan työntekijöiden hyvinvointi (2007)
 5. Maatalousyrittäjän työhyvinvointi ja työturvallisuus Sauvossa (valmistuu 2008)
- Piikkiö: 6. Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen vanhainkodissa (2007)
 7. Piikkiön vanhainkodin uuden asukkaan fyysisen toimintakyvyn kartoitus (2007)
 8. Ikääntyvien ravintokäyttäytyminen osana terveyden edistämistä (2007)
 9. Ikääntyvien omaehtoisen toiminnan tukeminen avopalvelutoiminnassa (2007)
 10. Kotihoitoprosessit henkilökunnan kuvaamana Kaarina-Piikkiön kunnassa
- Velkua: 11. Vanhenevan velkualaisen terveys ja hyvinvointi- kehittämistyö Velkuan vanhustyön strategian perustaksi (2006)
 12. Vanhenevan velkualaisen kotona asuminen ja toimintakyky (2007)
- Tutkimusosio:
 13. Projektioppiminen moniammatillisessa tiimissä (2007)
 14. Ahonen P. (toim.) 2007. Kuntakumppanuudella terveyttä edistämään – SARAKE- hanke aikuisopiskelijoiden oppimisympäristönä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 61.

Terveysvaikutusten ennakoarviointikoulutuksella tuloksia

Tiina Blek, tutkija-kehittäjä & Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö & Katri Ryttyläinen, yliopettaja
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@jamk.fi

STM:n rahoittamassa IVATEKO -hankkeessa (2005-2007) koulutettiin vuosien 2006 ja 2007 aikana terveysvaikutusten ennakoarviointiosaajaksi noin 80 korkeakoulujen opettajaa, 16:sta eri puolella Suomea sijaitsevasta koulutusorganisaatiosta. Kokonaistavoitteena oli terveysvaikutusten ennakoarviointiosaamisen tunnustaminen yhdeksi korkeakouluissa tuotettavista terveyden edistämisen ydinosamisalueista.

Tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi hankkeelle laadittiin arviointisuunnitelma. Suunnitelman mukaista tietoa kerättiin eri tavoin koko kolmevuotisen hankkeen ajan. Tässä tiivistelmässä raportoidaan hankkeen alustavia, koulutukseen osallistuneilta kerättyjä tuloksia. Palautekysely hankkeessa kouluttautuneille (N=67) lähetettiin sähköisen tutkimus- ja palautejärjestelmän avulla. Kyselyyn vastasi 32 henkilöä, joten vastausprosentiksi saatiin 46 %. Suurin osa vastaajista (78 %) työskenteli ammattikorkeakouluissa. Vastaajien työtehtävät koostuivat pääasiassa opetuksesta (69 %) ja projekti- tai muusta kehittämistyöstä (19 %). Terveysvaikutusten arviointiosaamista heillä oli ennen koulutusta jonkin verran (47 %) tai vähän (34 %). TVA-osaamista ei oman ilmoituksensa mukaan ollut lainkaan 16 % vastaajista. Kyselyyn vastanneista 58 % (n=18) ilmoitti, että TVA -menetelmä on sisällytetty osaksi koulutusohjelmien opetussuunnitelmia. Ennakoarviointiosaaminen oli muun muassa otettu osaksi perustutkintoja (terveydenhoitaja ja sairaanhoitaja -tutkinnot), ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja sekä yliopistojen englanninkielisiä maisteriopintoja. Kolmasosa (33 %) vastaajista kertoi täydennyskoulutuksessa hankitun osaamisen tuoneen muutoksia opetuksen sisältöön. Uusi osaaminen oli muokannut muun muassa verkkokurssien, terveydenhoitajaopintojen sekä kehittämistoiminnan sisältöjä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan täydennyskoulutuksen vaikutusta omaan osaamiseensa asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä). Keskiarvoksi koulutuksen vaikuttavuudelle saatiin 4.5 (n=32). Koulutuksen voidaan todeta onnistuneen uuden osaamisen tuottamisessa. Verkkokurssina toteutetun koulutuksen kehittämiskohteeksi nousivat ohjauksen (ka 3.55) ja palautteen antamisen (ka 3.23) tehostaminen ja lisääminen.

Koulutusorganisaatioissa opettajien sekä tutkimus- ja kehittämistyöntekijöiden osaamisen lisääminen on avain tiedon nopeaan leviämiseen sosiaali- ja terveysalan eri tasoilla ja sektoreilla. Avoimessa verkko-oppimisympäristössä toteutetulla täydennyskoulutuksella voidaan tehokkaasti vaikuttaa ennakoarvioinnin osaamisen kehittämiseen eri puolilla Suomea. Hankkeen toteuttajana oli Terveyden edistämisen korkeakouluverkosto, johon kuuluvat: Jyväskylän, Kuopion, Tampereen ja Turun yliopistot sekä Diakonia-, ja Laurea AMK, Etelä-Karjalan-, Kymenlaakson-, Oulun, Turun, Tornio-Kemi ja Rovaniemen AMK. Hankkeen koordinoijana oli Jyväskylän AMK.

Terve Lappi -hanke

Tuula Kokkonen, projektipäällikkö & Inkerelli Vieltojärvi, ravitsemuskoordinaattori
Terve Lappi -hanke
etunimi.sukunimi@rovaniemi.fi

Terve Lappi -hanke on kaikkien Lapin kuntien yhteinen terveyden edistämisen hanke. Hankkeen taustalla on tyypin 2 diabeteksen raju yleistyminen sekä sepelvaltimotaudin yleisyys Lapissa. Tupakointi on Lapissa muuta maata yleisempää ja yhtenä hankkeen kohteena ovat tupakoinnista johtuvat keuhkosairaudet. Tavoitteena on ehkäistä diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin sekä tupakoinnista johtuviin keuhkosairauksiin sairastumista. Hanke saa rahoituksen Lapin lääninhallitukselta ja Lapin kunnilta. Sitä hallinnoi Rovaniemen kaupunki. Ohjausryhmän alaisena toimivat projektipäällikkö ja ravitsemus-koordinaattori sekä yhteistyötahojen edustajista kootut neljä työryhmää. Mallina on käytetty Diabetesliiton Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelmaa DEHKO:a.

Hankkeessa on neljä strategiaa. Väestöstrategian kohteena on Lapin väestö. Tavoitteena on lappilaisten liikunnan, ravitsemussuositusten mukaisen ruokailun ja savuttomuuden lisääntyminen sekä suun terveyden paraneminen. Terve Lappi -hanke herättelee lappilaisia miettimään omia elintapojaan haastekampanjalla, yleisötilaisuuksissa ja tiedotusvälineiden kautta. Korkean riskin ja varhaisen diagnoosin ja hoidon strategioiden tavoitteena on löytää Lapin väestöstä suuressa sairastumisvaarassa olevat ja vastasairastuneet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja antaa heille tehokasta elintapaohjausta. Terve Lappi -hanke kehittää kuntien kanssa toimintatapoja seulontoihin ja elintapojen ohjaukseen ja järjestää aiheeseen liittyvää koulutusta ammattihenkilöstölle. Terveyden edistämisen rakenteet -strategian tavoitteena on selkiyttää terveyden edistämisen johtamista ja organisointia Lapin kunnissa. Hanke kehittää toimintatapoja yhdessä kuntien terveyden edistämisen yhdyshenkilöiden ja -työryhmien kanssa ja järjestää koulutusta. Hankkeessa on tehty kartoitus kuntien terveyden edistämisen tilanteesta ja organisoinnista sekä hankkeen kohteena olevien sairauksien hoidosta ja ohjannasta. Kartoitukseen saatiin vastaukset kaikista kunnista ja hanke tuki kartoituksen tekoa palkkaamalla vastaajalle sijaisen. Hanke järjesti yhteistyössä Lapin lääninhallituksen kanssa jokaisessa Lapin kunnassa poikkihallinnollisen terveyden edistämisen työkokouksen. Kokouksissa suunniteltiin tulevaa toimintaa kunkin kunnan terveyden edistämisen toimintaympäristön analyysien pohjalta.

Hankkeelle on tehty omat www-sivut www.tervelappi.fi ja hankkeen toimijoille intranet. Haastekampanjalla haastettiin lappilaiset edistämään omaa terveyttään tekemällä pieniä muutoksia elämäntapoihinsa. Lapin Radiossa oli haastekampanjan ajan 1.4.-30.11.2007 viikoittain haastattelu terveyden edistämisestä. Hanke on järjestänyt yhteistyökumppaneiden kanssa koulutuksia ammattilaisille sekä yleisötilaisuuksia. Terve Lappi -hanke haluaa nostaa esiin terveyden edistämistä kunnissa poikkihallinnollisesti. Se suosittelee, että kuntien terveyden edistämisen yhdyshenkilöille määritellään työaika ja tehtävät. On tärkeää, että terveyden edistämisen työryhmissä on kaikkien hallinnon alojen edustus ja että työryhmän asema ja tehtävät kunnan organisaatiossa määritellään. Terveyden edistäminen tulisi näkyä kunnan strategioissa ja ottaa huomioon kaikessa kunnan päätöksenteossa. Liikuntaan, ravitsemukseen, suun hoitoon ja savuttomuuteen liittyvää ohjausta ja kirjaamiskäytäntöjä tulisi yhtenäistää ja lisätä yhteistyötä. Monessa Lapin kunnassa taloudellinen tilanne on tiukka, terveydenhuollon henkilöstöä on vaikea saada ja painotus on sairauden hoidossa. Ehkäisevään työhön kannattaa panostaa, sillä pitkällä aikavälillä se maksaa itsensä takaisin.

Terve Kuopio -ohjelma

Petri Kervola, ohjelmapäällikkö & Petteri Paronen, kaupunginjohtaja
 Kuopion kaupunki
 etunimi.sukunimi@kuopio.fi

Terve Kuopio on ohjelma, jonka tavoitteena on tehdä Kuopion seudusta merkittävä eurooppalainen hyvinvointiosaamisen kehitysympäristö vuoteen 2012 mennessä. Terve Kuopio keskittyy terveyttä edistävien pysyvien toimintatapojen ja hyvien käytäntöjen verkostotyöhön. Ohjelman kautta Kuopio osallistuu WHO:n Healthy Cities -verkoston sekä kansallisen Terve kunta -verkoston toimintaan.

Keskeisenä painopistealueena on lasten ja nuorten hyvinvointi. Muita ovat terveellinen ikääntyminen, terveysvaikutusten arviointi ja terveellinen kaupunkisuunnittelu. Ohjelman strategisista linjauksista vastaa ohjausryhmä, johon kuuluvat mm. Kuopion yliopiston, Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Savonia -ammattikorkeakoulun johtohenkilöt. Ohjausryhmän puheenjohtaja on kaupunginjohtaja Petteri Paronen.

Terve lapsuus arjessa -hankkeen päämääränä on tuottaa asiakaslähtöisesti kohdentuvia palveluja alle 10-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen. Tavoitteena on luoda ja ottaa käyttöön malli, joka keskittyy asiakaslähtöiseen toimintaan uudistamalla työnjakoa ja parantamalla tiedottamista. Siinä erikoissairaanhoidon sekä perus-, erityis- ja täydentävät palvelut toimivat saumattomasti yhteen lapsen parhaaksi. Terve lapsuus -hanke koordinoi kaupunkin sosiaali- ja terveystoimessa, vetäjänä projektipäällikkö Jaana Lappalainen.

Pienet lapset liikkeelle -käsikirjan ovat toteuttaneet kaupungin vapaa-ajankeskus, päivähoito ja avohoito. Käsikirjassa kannustetaan niin ammatikseen lasten kanssa työskenteleviä kuin perheitäkin haastamaan lapset arjen liikuntaan. Liikuntamyötäjäverkoston tavoitteena on luoda toimintatapoja joiden avulla päivähoiton työntekijät voivat lisätä lasten liikunnan laatua ja määrää. Jokaisella alueella on yksi vastaava liikuntamyötäjä, jonka tehtävä on koordinoita ja kehittää lasten liikuntaa eri alueilla. Päivähoidon verkoston liikuntakoordinaattorina toimii lastentarhanopettaja Päivi Kurvi.

Aktiivinen lapsuus ja nuoruus Kuopiossa on toimenpidekokonaisuus, joka muodostuu Kulttuuri- ja Liikuntapolusta. Toimintamallin tavoitteena Kuopiossa on saada koulut ja koululaiset uudella tavalla aktivoitua kulttuurin ja liikunnan avulla ja turvata jokaiselle lapselle aktiivinen lapsuus ja nuoruus. Toimintamallin kehittämisestä vastaavat Kuopion koulutuspalveluiden, vapaa-ajankeskuksen ja kulttuuripalveluiden toimialajohtajat. *Liikuntapolun* tavoitteena on liikunnan lisääminen erityisesti niiden lasten ja nuorten kohdalla, jotka eivät muutoin liiku terveen kasvunsa kannalta riittävästi. Liikuntapolussa on tällä hetkellä mukana kahdeksan pilottikoulua. Kouluille toimitetaan jokaiselle luokalle välituntikorit, jotka sisältävät välituntiliikuntaan aktivoivaa välineistöä. Tavoitteena on, että vuoteen 2010 mennessä Liikuntapolkukouluina olisivat kaikki Kuopion peruskoulut. Huomiota kiinnitetään lasten ns. arkiliikuntaan. Liikunta-annos täyttyy koulun liikuntatuntien lisäksi pitkin päivää tapahtuvista tuokioista; mm. pihaleikeistä, koulumatkoista, välituntiliikunnasta, perhe- liikunnasta sekä liikuntaharrastuksista. *Kulttuuripolun* tavoitteena on tehdä kaupungin kulttuuripalvelut tutuiksi ja saavutettaviksi jokaiselle Kuopion peruskoululaiselle koulun sijainnista riippumatta sekä liittää kulttuuri-tarjonta opetussuunnitelmaan eri luokka-asteet huomioiden. Tarkoituksena on myös kehittää verkkopalveluita ja suunnitella oppimateriaalia ja malleja. Kulttuuripolkua voi syventää Kulttuurikarusellissa, joka on moniaistinen taidekasvatusmalli erityisesti alle kouluikäisille. Karuselli luo kokonaisuuksia, joiden avulla lapsi voi perheensä tai opetusryhmänsä kanssa siirtyä taiteenalasta ja kulttuurilaitoksesta toiseen monipuolisen ja yhtenäisen teeman avulla.

Tutkimusyksikkö Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa

Varjoranta Pirjo, koulutuspäällikkö & Anna-Maija Pietilä, professori & Tuomo Meriläinen, sosiaali- ja terveystieteiden johtaja
Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskus
etunimi.sukunimi@kuopio.fi

Terveyden edistäminen nähdään arvoihin perustuvana tavoitteellisena toimintana väestön terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskus profiloituu strategiansa mukaisesti väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Tämä keskeisin tehtävä edellyttää toiminnan lähtökohdaksi ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa. Tiedon tuottamiseen tarvitaan nykyistä systemaattisempaa terveyden edistämisen tutkimusta ja tutkitun tiedon soveltamista ehkäisevään työhön. Näin palveluja voidaan kehittää entistä laadukkaammiksi ja vaikuttavammiksi yhteiskunnan, eri toimijoiden ja erityisesti asiakkaiden näkökulmasta. Edellä esitettyjen tavoitteiden saavuttamiseksi Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskukseseen on perustettu tutkimusyksikkö 1.1.2006.

Tutkimusyksikön johtajana on sosiaali- ja terveystieteiden johtaja ja ohjausryhmänä toimii sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen johtoryhmä. Koulutuspäällikkö vastaa toiminnan koordinoinnista. Ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämistyön lähtökohdaksi on ollut Kuopion yliopiston ja sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen välinen yhteistyö.

Tutkimusyksikön keskeisinä tehtävinä ovat:

1. Tiedon tuottaminen kuntalaisten terveydestä, palvelurakenteista ja terveyttä edistävästä toiminnasta.
2. Toimintamallien, työmenetelmien ja vaikuttavuuden sekä tuloksellisuuden arviointi.
3. Ehkäisevän työotteen vahvistaminen ja arviointi.
4. Tutkimusyhteistyötä edistävän toimintakulttuurin kehittäminen.
5. Tutkimustoiminnan koordinointi ja tutkimuslinjausten suuntaaminen.
6. Tutkimusedellytyksistä huolehtiminen (mm. rahoituksen hankkiminen, tutkijat ja tutkimusapulaisten, ohjaus- ja tukijärjestelmät, tutkimuslupakäytännöt).
7. Tutkimusmenetelmäosaamisen kehittäminen. Tutkimusyksikön toiminnan myötä perusterveydenhuollon työn laatu ja profiili vahvistuvat ja vetovoimaisuus lisääntyy (rekrytointi). Palvelujen suunnittelu perustuu tutkittuun tietoon. Myös työntekijöiden osaaminen ja työssä kehittyminen paranevat sekä urakehitys mahdollistuu.

Muuramen menestyksen ja hyvinvoinnin strategia käytäntöön kuntapäättäjien valmennuksen tuella

Maija Jääskeläinen, hankesuunnittelija & Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö & Katri Ryttyläinen, yliopettaja & Kari Jaatinen, sosiaalihoitaja & Sami Niemi, hallintojohtaja & Pirkko Vuorinen, ylihoitaja
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Muuramen kunta ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu ovat mukana Stakesin valtakunnallisen TEJO-hankkeen jatkohankeessa (2006–2009). Siinä jatketaan v. 2004–2005 käynnistettyä terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjen, -mallien ja työvälineiden kehittämistä arvioiden niiden soveltuvuutta Muuramen kunnassa. Muuramen kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet sisältyvät kuntastrategiaan. Hyvinvointitavoitteet esitetään strategiassa kaikkia hallinnonaloja koskevinä yleisinä tavoitteina, jotka on tarkoitettu avattaviksi toimialojen strategioihin, palvelustrategioihin ja sektorikohtaisiin suunnitelmiin konkreettisiksi tavoitteiksi ja mitattavissa oleviksi tehtäviksi. Muuramen kunnan menestyksen ja hyvinvoinnin strategiassa 2008–2015 on painopistealueina vuosille 2008–2010 lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointi, vuosina 2008–2009 palvelustrategian luominen ja hyvinvointikertomuksen päivittäminen vuonna 2008. Kehittämistyön toteutuksen lähtökohtana ovat Muuramen kunnan hyvinvointijohtamisessa tunnistetut kehittämistarpeet.

Hankkeessa on suunniteltu ja käynnistetty vuonna 2007 kuntapäättäjille tarkoitettu valmennus, johon osallistuvat kunnan johtoryhmä, valtuustoryhmien ja lautakuntien puheenjohtajat sekä Muuramen – Korpilahden terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmä.

Valmennuksen tavoitteena on johtamisjärjestelmän kehittäminen sekä menestyksen ja hyvinvoinnin strategian että hyvinvointikertomuksen vieminen käytäntöön. Sillä tuetaan päätöksentekoon liittyvää vuoropuhelua, kunnan luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden rooleja strategisessa päätöksenteossa ja kehitellään yhteistyössä mallia tehokkaaseen päätöksentekoon eri sektoreilla. Valmennus muodostuu neljästä teemasta:

1. Hyvä johtaminen ja johtajuus -strategian merkitys johtamisessa
2. Arviointi ja mittaaminen
3. Yhteiskuntavastuullinen hyvinvointijohtaminen
4. Uusien valtuutettujen valmennus ja perehdytys

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysala toimii hankkeen koordinoijana, kouluttajana ja prosessin ohjaajana. Hankkeen alueellisessa yhteistyöryhmässä ovat mukana Muuramen kunnanjohtaja, terveydenhuollon kuntayhtymän, Jyväskylän kaupungin, JAMK:n, lääninhallituksen, Keski-Suomen liiton, Jyväskylän yliopiston ja Stakesin edustajat. Hankkeessa tehdään yhteistyötä vuonna 2008-2009 seutukunnallisesti/ maakunnallisesti Keski-Suomen kansanterveyden edistämiskeskus Kantereen kanssa.

Alueellinen asiakas/potilasohjauksen kehittämishanke AAPO

Pirkko Kujala, KM, lehtori, projektipäällikkö & Tuija-Leena Kylänpää, esh & Anne-Maria Kanerva, TtT, yliopettaja & Anne Vertainen-Hiironen, TtM, osastonhoitaja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@samk.fi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Rauman kansanterveystyön kuntayhtymä, Rauman kaupunki ja alueen potilasjärjestöt ovat yhteistyössä vuodesta 2005 olleet toteuttamassa Aapo -hanketta (= asiakas/potilasohjauksen kehittämishanke). Hankkeen tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asiakkaiden terveydenedistämismuutosten lisääntyminen ja asiakasohjauksen kehittyminen. Hanke on tarkoitettu tukemaan potilas/asiakasohjauksen kehittämistä tutkittuun tietoon perustuen. Lisäksi tavoitteena on turvata hoitavan henkilöstön mahdollisuuksia tukea asiakkaiden/potilaiden ja heidän läheistensä tiedonsaantia.

Hankkeessa on perustettu Raumalle perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen poti-lasohjauskeskus Tietotorni lokakuussa 2006. Tietotornin toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä on tehty valtakunnallista yhteistyötä muiden potilasoppimiskeskusten kanssa: Hyvinkään aluesairaalan potilas-oppimiskeskus Soppi, Turun yliopistollisen keskussairaalan potilasinformaatiokeskus Tietolähde sekä Jyväskylän keskussairaalan terveystietokeskus Palanssi. Potilasohjauskeskuksen palveluja voivat käyttää Satakunnan sairaanhoitopiirin asukkaat sekä sosiaali- ja terveysalan henkilöstö ja alan opiskelijat. Potilasohjauskeskuksen toimintaa ohjaavat terveystieteelliset tavoitteet, jotka korostavat terveyden edistämistä, asiakkaan osuuden vahvistamista, työmenetelmien kehittämistä ja yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden välillä. Hankkeessa on potilasohjauskeskuksen tueksi kehitetty asiakaslähtöinen ja saumattoman tiedonkulun takaava toimintamalli. Malli perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön yli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajojen. Toiminta hyödyntää viestintä- ja tietoteknologiaa asiakas/potilaslähtöisesti.

Potilasohjauskeskus Tietotornin toiminta-ajatuksena on edistää Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen väestön terveyttä, hankkimalla, tuottamalla ja järjestelemällä tutkittua tietoa potilasohjauskeskukseen. Lisäksi on tarkoitus edistää monimuotoista potilasohjausta ja toteuttaa aiheeseen liittyvää tutkimus- ja kehittämis-toimintaa yhteistyössä henkilöstön ja opiskelijoiden sekä potilasjärjestöjen kanssa. Tietotornin toiminta lisää potilasjärjestöjen ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. Lisäksi eri yhteistyötahojen kesken on kehitetty asiakas/potilasohjauksen malli, ohjauksen laatuksiteerit ja -indikaattorit sekä laatuksiteereiden seuranta-tapa. Lisäksi on kehitetty ohjetietopankin sisältöä yhteistyössä SALPA -hankkeen toimijoiden kanssa (SALPA = Satakunnan aluetietojärjestelmä, jossa on mukana SalpaNet -informaatioportaali). Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia ja opiskelijoita on koulutettu uuteen tietoteknologiaa hyödyntävään toimintamalliin. Hankkeen aikana on kehitetty moniammatillista yhteistyötä asiakas/potilasopetuksen ja -ohjauksen tutkimisessa ja koulutuksessa. Hankkeessa toteutettavat käytännöt ja toiminnat on tarkoitus siirtää osaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistä palvelujärjestelmää. Lisäksi tehdään ehdotus toiminnan laajentamisesta.

Terveyden edistämisen käytännöt ja keinot perusterveydenhuollossa

Erja Toropainen, tutkija & Minna Aittasalo, tutkija & Leila Lehtomäki, tutkija & Riitta Luoto, vanhempi tutkija & Olavi Paronen, erikoistutkija
 UKK-instituutti
 etunimi.sukunimi@uta.fi

UKK-instituutti on terveysliikunnan tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka edistää terveyttä ja fyysisesti aktiivista elämää tuottamalla, välittämällä ja soveltamalla uutta tietoa terveysliikunnasta.

Terveyden edistämisen käytännöt ja keinot – tutkimus- ja toimintaohjelma (2005–2008) toteutuu vuorovaikutteisessa yhteistyössä perusterveydenhuollon organisaatioiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Ohjelmassa on hankkeita terveyden edistämisen kolmelta tasolta. Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut seuraavien hankkeiden rahoitusta:

Terveysneuvonnan keinot asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa
 Liikkumisreseptin vaikuttavuus
 Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa
 Terveyden edistämisen käytännöt organisaatiossa tai palveluyksikössä
 Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksessa - hankkeen pysyvyysarviointi
 Terveysneuvonnan käynnit perusterveydenhuollossa
 Terveysliikunnan toteuttamisen hyvät käytännöt työterveyshuollossa
 Valtakunnallisesta hoitosuosituksesta talon tavaksi terveyskeskuksessa
 Terveyden edistäminen kunnassa tai yhteiskunnassa
 Hoitosuosituksen valinnan priorisointi -työkalu Käypä Hoito-suositusten arviointiin
 Liikuntaneuvonta palveluketjuksi

Ohjelman tehtävänä on tukea terveyskeskusten kehittämistyötä väestön terveyden edistämiseksi:

- tutkia ja kehittää kansansairauksia ja elintapoja koskevien hoito- ja toimenpiteiden toimeenpanoa ja terveyskasvatuksen keinoja, erityisesti liikuntaneuvontaa
- kehittää perusterveydenhuollossa toteutettavia terveyden edistämisen käytäntöjä ja niitä koskevia toimenpiteitä yhteistyössä paikallisten toimijoiden kanssa
- vahvistaa paikallisia yhteistyöverkostoja sekä terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattilaisten osaamista terveyden edistämistyössä antamalla täydennyskoulutusta
- tarjota tutkimus- ja asiantuntija-apua yhteisötasoisissa terveys- ja hyvinvointiselvityksissä, arvioinneissa ja kehittämistutkimuksissa
- tuottaa em. tehtäviä tukevaa aineistoa perusterveydenhuollon työntekijöille ja asiakkaille.

Lisätietoja: www.ukkinstituutti.fi

InnoELLI Senior -ohjelma yhdistää käytännön osaamisen ja teknologian ikääntyneiden palveluissa

Heli Pajuvirta, viestintäpäällikkö
Tietomaakunta eKarjala Oy
etunimi.sukunimi@ekarjala.com

InnoELLI Senior -ohjelma 2006–2008 on Etelä-Suomen maakuntien liittouman alueella (Etelä-Karjala, Itä-Uusimaa, Kanta-Häme, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa ja Varsinais-Suomi) toteutettava Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) tukema innovatiivisten toimien ohjelma. Ohjelman avulla kehitetään yhteistyössä julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa uusia, innovatiivisia toimintamalleja ikääntyneiden hyvinvointipalveluiden tuottamiseksi laadultaan ja kustannuksiltaan tehokkaasti. Ohjelman toteutustapa on perushanketyöhön verrattuna erilainen. Hankkeissa on isoja konsortioita, joiden sisällä on erillisiä osahankkeita. Konsortioissa on mukana vähintään kolme maakuntaa. Tämä edistää osaltaan osaamisen ja hyvien käytäntöjen välittymistä.

Ohjelman hankkeet:

- *DISKO – dementoituneen itsenäinen selviytyminen kotona*. Pää tavoitteena on kehittää ja kokeilla käyttäjälähtöisiä ja helppokäyttöisiä teknologiaa hyödyntäviä toimintamalleja, jotka tukevat dementoituneen ihmisen ja hänen omaisensa kotona selviytymistä ja hyvää elämän laatua. Lisäksi tavoitteena on parantaa dementoituneiden ihmisten ja heidän omaistensa sekä sosiaali- ja terveysalan toimijoiden osaamista ja yhteistyötä siten, että teknologiasovellusten kehittäminen ja käyttöönotto helpottuu ja monipuolistuu.

- *KOTIIN*. Hankkeen pää tavoitteena on tuottaa ohjaus-, neuvonta- ja tukipalvelukonsepti, joka on levitettävissä kansallisesti ja kansainvälisesti. Hanke keskittyy erityisesti sairaalasta kotiin palaaville ikääntyville suunnattujen palvelujen kehittämiseen. Lähtökohtana on Well Life Centerissä pilotoitu interaktiivinen Hyvinvointi-TV.

- *Meri, Saaristo ja Saimaa ELLI, teknologialla tuetut hoiva- ja hoitopalvelut ikääntyneen arjen apuna – monitoimijamalli*. Tavoitteena on kehittää yksityisen ja julkisen sektorin monitoimijamallia ja hyödyntää uudenlaisia palvelukonsepteja aikaisemmista hankkeista saatujen hyvien käytäntöjen mukaisesti. Hankkeessa pilotoidaan tekniikalla tuettuja kotiin suunnattuja asumis-, hoiva- ja hoitopalveluja.

- *Monikulttuurista hyvinvointia vanhustyöhön*. Tavoitteena on vahvistaa ikääntyneiden maahanmuuttajien hyvinvointia tukemalla heidän kulttuurista identiteettiään ja edistää monikulttuurista vuorovaikutusta, verkostoitumista ja yhteistyötä vanhustyössä sekä luoda integroivia toimintamalleja vanhustyöhön.

- *Teknologia-avusteisia asumissovelluksia senioreille, TAAS*. Hankkeen tavoitteena on tuottaa uusia teknologiapainotteisia toimintamalleja, jotka vaikuttavat positiivisesti vanhuspalveluiden rakenteiden, kustannusten ja laadun kehittymiseen. Lähtökohtana on ajatus, että arjen onnistuminen syntyy asukkaan ja avustajan vaatimusten toteutumisesta.

- *SeniorHaavi*. Tavoitteena on koota Etelä-Suomen alueen kattava asiakaslähtöinen ikäihmisille ja heidän omaisilleen suunnattu palvelu- ja verkottumisportaali yhteistyössä kuntien, yrittäjien ja kolmannen sektorin kanssa. Kokoavasta portaalista löytyvät myös ammatilliset asiantuntijayhteisöt. SeniorHaavi-hanke vastaa myös koko InnoELLI Senior -ohjelman valtakunnallisesta viestinnästä ja verkostoitumisesta.

- *EuroSenior – Eurooppalaiset verkostot*. Hanke auttaa InnoELLI-hanketoimijoiden verkostoitumista eurooppalaisten toimijoiden kanssa sekä vahvistaa ohjelman hankkeisiin kytkettyjen hyvinvointialan yritysten liiketoimintamahdollisuuksia.

Lisätietoja: InnoELLI Senior-ohjelmasta nettisivuilta www.innoellisenior.fi.

Terveyttä ja hyvinvointia kulttuurista senioreille

Minna Taipale, projektikoordinaattori
Socom Oy
etunimi.sukunimi@socom.fi

Vuoden 2005 alussa Socom aloitti yhdessä Haminan, Kotkan, Lappeenrannan ja Kuusankosken kanssa Terveyttä ja hyvinvointia kulttuurista senioreille -verkostohankkeen. Vajaa kaksi vuotta myöhemmin Joutseno liittyi mukaan toimintaan. Lisäksi hankkeessa on mukana Humanistisen ammattikorkeakoulun Joutsenon yksikkö, joka vastaa hankkeeseen liittyvän opintokokonaisuuden suunnittelusta ja toteutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön Terveyden edistämisen määrärahoilla rahoitettava hanke päättyy vuoden 2007 loppuun. Mukana olevat kunnat ja paikallisyhdistykset rahoittavat hankkeessa tarvittavia toimitiloja ja antavat hankkeelle työpanoksia. Hankkeessa tutkitaan taiteellisen ja kulttuurisen osallistumisen merkityksiä sekä mahdollisuuksia ennaltaehkäisevässä ja kuntouttavassa vanhustyössä sekä kehitetään sosiokulttuurisia työmenetelmiä ikäihmisten psykososiaaliseen kuntoutukseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn.

Hankkeen tärkein päämäärä on ollut perustaa kuhunkin mukana olevaan kaupunkiin kulttuurikahvila, jossa järjestetään mm. taidepienryhmätoimintaa, taidenäyttelyitä ja musiikkiesityksiä. Tavoitteena on tarjota ikäihmisille mahdollisuus taiteen tekemiseen sekä esittämiseen ja tämän kautta lisätä senioreiden kulttuurista tasa-arvoa. Hankkeen alussa toteutettiin ikäihmisille kysely kussakin kaupungissa, minkä avulla kartoitettiin tarpeita ja toiveita. Ottamalla seniorit mukaan suunnitteluun jo alkuvaiheessa varmistettiin, että toiminta vastaa todellisia tarpeita. Kahviloista pyritään tekemään pysyviä toimintarakenteita – paikkoja, joihin vanhuksat tulevat mielellään tapaamaan oman ikäisiään ja samalla osallistumaan mm. kulttuuritoimintaan. Hanke julkaisi myös Katsomosta estradille - ikäihmisten kulttuurin tuottajina -artikkelikokoelman, joka avaa sosiokulttuuristen työmenetelmien käsitteitä sekä antaa vinkkejä käytännön työhön.

Artu - työväline paikallisen turvallisuussuunnitelmatyön tueksi

Riitta Molarius, tutkija
VTT
etunimi.sukunimi@vtt.fi

Vuonna 2004 käynnistyi sisäasiainministeriön johdolla valmisteltu sisäisen turvallisuuden ohjelma. Ohjelman tavoitteena on, että Suomi on vuonna 2015 Euroopan turvallisim maa. Turvallisuustyö tulee perustumaan hyvin toimivaan julkiseen sektoriin, joka panostaa voimakkaasti ennalta ehkäisevään työhön. Ohjelmassa korostetaan niin viranomaisten ja sidosryhmien kuin yksityisen sektorinkin välistä yhteistyötä. Paikallisella tasolla sisäisen turvallisuuden ohjelman tavoitteita viedään eteenpäin paikallisten (kunta, seutukunta tai kihlakunta) turvallisuussuunnitelmien kautta. Turvallisuussuunnitelmassa vahvistetaan toimenpiteet, joilla vaikutetaan sekä paikallistasolla merkittävimiksi arvioituihin turvallisuushyönteihin että toteutetaan valtakunnan tasolla määritellyt tärkeät linjaukset. Turvallisuus nähdään laajana kokonaisuutena, jossa rikollisuuden torjuminen on yksi merkittävä osa. Muita uhkia aiheuttavat esimerkiksi onnettomuudet, erityisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmat, sekä syrjäytyminen ja siihen liittyvät ilmiöt.

Turvallisuussuunnitelmien esittämien toimenpiteiden toteuttaminen parantaa kansalaisten turvallisuutta arkiympäristössä ja vähentää turvattomuuden tunnetta. Toimenpiteiden toteuttajina ovat pääasiassa samat tahot, jotka osallistuvat suunnitelman laatimiseen. Töitä siis riittää niin kunnille, poliisille, pelastuslaitoksille, seurakunnille kuin vapaaehtoisjärjestöillekin (MLL, SPR, RIKU, Pelastakaa Lapset ry, Liikenneturva ym.). Jotta kaikki vapaaehtois- ym. järjestöt saadaan toimimaan yhdessä viranomaisten kanssa turvallisuuden parantamiseksi, ne tulee ottaa voimallisesti mukaan jo suunnitelman laatimisvaiheeseen.

Turvallisuussuunnitelman laatimisen avuksi on Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen VTT:n johdolla kehitetty uusi www-selain-pohjainen ohjelma (ARTU). Ohjelman avulla on esimerkiksi mahdollista laatia uhka-analyysi, jossa tunnistetaan jo olemassa olevia uhkia sekä mahdollisesti tulevaisuudessa toteutuvia uhkia. Analyysissä mahdolliset uhkat on jaoteltu kahdeksaan eri pääkohtaan eli turvallisuusalueeseen. Näitä ovat haavoittuvuus, järjestyshäiriöt, onnettomuudet, peruspalvelujen saanti, rikollisuus, syrjäytyminen, tapaturmat sekä muu turvattomuus. ARTU-ohjelman tavoitteena on tunnistaa ne keskeisimmät alueelliset uhkatekijät, joihin tulee varautua tai joiden hallitsemiseksi tulee suunnitella toimenpiteitä. Uhkien tunnistamisen lisäksi ohjelman avulla voidaan määrittellä uhkien suuruus sekä suunnitella toimenpideohjelmia merkittävimpien uhkien poistamiseksi tai niiden hallitsemiseksi. Toimenpideohjelmien etenemistä voidaan seurata ohjelman avulla. Ohjelmaan syötettyjä tietoja voidaan myös koota erilaisiksi yhteenvedoiksi. Koska ARTU-ohjelma on www-selain-pohjainen, ei ohjelman käyttö ole sidottu tiettyyn paikkaan. Ohjelmaa voidaan käyttää kaikkialla, missä internet-yhteys on saatavilla. Tämä on hyödyllistä esimerkiksi silloin, kun turvallisuussuunnitelmaa laaditaan kihlakunta- tai seutukuntatasolle. Yksittäisissä kunnissa voidaan tehdä uhka-analyysiin ja turvallisuussuunnitelmaan liittyvää työtä, ja kihlakunnan muodostavien kuntien tiedot voidaan yhdistää kokonaisuudeksi.

Lasten ja lapsiperheiden hyvinvointi

Väestöliiton perheverkko ja neljän pöydänjalan malli

Minna Oulasmaa, projektikoordinaattori ja Anja Saloheimo, koulutussuunnittelija,
Väestöliiton Perheverkko
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Perheverkko toimii alle kouluikäisten lasten vanhempien sekä lasta suunnittelevien ja odottavien pariin tukena. Kohderyhmänä ovat sekä vanhemmat että heitä työssään kohtaavat ammattilaiset. Perheverkko aloitti toimintansa vuonna 1998 ensin kolmevuotisena projektina ja pysyvänä toimintamuotona Raha-automaatti-yhdistyksen tukemana. Moniammatilliseen työryhmään kuuluu tällä hetkellä yhteensä viisi jäsentä.

Perheverkon keskeisiä toimintamuotoja ovat vaikuttaminen, neuvontapalvelut, kouluttaminen ja aineiston tuottaminen. Asiakas voi varata ajan työntekijämme neuvontavastaanotolle tai nettivastaanotolle, soittaa neuvontapuhelimeen tai lähettää kysymyksen sähköpostilla. Palvelemme antamalla tukea lastenkasvatuksessa, parisuhdeasioissa ja arjessa jaksamisessa. Perheverkko järjestää koulutuspäiviä perheiden kanssa työskenteleville ammattilaisille. Keskeisiä koulutusaiheita ovat alle kouluikäisten lasten parisuhteen tukeminen ja lapsiperheiden tunnehaasteiden kohtaaminen. Perheverkko tukee lapsiperheitä kirjoittamalla sekä ammattilaisille että lapsiperheiden vanhemmille suunnattuja julkaisuja. Työntekijät antavat haastatteluja ja kirjoittavat artikkeleita lehtiin ja muihin julkaisuihin. Pyrimme tekemään mahdollisuuksien mukaan yhteistyötä Väestöliiton eri työmuotojen ja muiden järjestöjen kanssa.

Neljän pöydänjalan malli

Konkreettinen työkalu lapsiperheen vanhempien elämäntasapainon hallinnassa on neljän pöydänjalan malli. Elämää voi hahmottaa neljänä eri osa-alueena, neljänä pöydänjalkana: minä itse, parisuhde, vanhemmuus ja yhteisöllisyys.

Malli auttaa pohtimaan kunkin osa-alueen vahvuuksia. Miten pidän huolta omasta hyvinvoinnistani? Onko parisuhde minulle ilon ja voiman lähde? Iloitsenko vanhemmuudestani? Onko minulla yhteisöä, johon kuulun ja joka kannattaa minua? Jokaisen tulisi huolehtia siitä, että kaikki neljä pöydänjalkaa ovat vahvoja. Silloin pöytälevy on suorassa ja tukevana paikallaan, eivätkä kriisitilanteet saa pöytää horjumaan. Edes yhden jalan katkeaminen ei ole katastrofi, vaan muut vahvat jalat kannattavat pöytää. Perheverkko toimii myös netissä: www.vaestoliitto.fi/pikkulasten_vanhemmat.

Väestöliiton parisuhdeprojekti

Marika Finne, projektityöntekijä
Väestöliiton Parisuhdeprojekti
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Suomalaiset arvostavat parisuhdettaan ja perhettään elämänsä tärkeimpinä asioina. Yhteiskunnan käydessä yhä monimutkaisemmaksi ja vaativammaksi myös parisuhdeiden haasteet lisääntyvät. Euroopan avioerotilastoissa Suomi on kolmen kärjessä: v. 2006 avioeroon päättyi 13 255 avioliittoa. Kun avioeroihin lisätään myös avoerot, luku on vieläkin suurempi. Eroilla on monia inhimillisiä seurauksia niin eronneille pareille kuin erossa mukana olleille lapsillekin, joita arvioidaan olevan vuosittain noin 30 000. Eroilla on myös laajempia yhteiskunnallisia vaikutuksia. Väestöliiton Väestöntutkimuslaitoksen (2007) arvion mukaan yksinhuoltajille maksetut tuet ovat vuodessa noin 420 miljoonaa euroa.

Väestöliiton Parisuhdeprojektin (2004–2007) päätavoitteena oli edistää parien ja perheiden hyvinvointia sekä vähentää avioeroja ja niistä aiheutuvia haittoja. Hankkeessa keskityttiin ongelmia ennalta ehkäisevien toimien suunnitteluun, kokeiluun ja mallittamiseen. Taustalla oli ajatus siitä, että parit hyötyvät helposti saavutettavasta parisuhdetiedosta, -taidosta ja avusta. Näin saavutettaisiin myös kansantaloudellisesti merkittävä kustannussäästö: Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat edullisempia kuin raskaat, korjaavat toimenpiteet. Hankkeessa painotettiin ennaltaehkäisevää osaamista ja tiedonhallintaa, neuvontaa, koulutusta, tiedotusta ja materiaalin tuotantoa sekä kehittämistä ja yhteistyötä. Lisäksi pyrittiin herättämään julkista parisuhdekeskustelua, osallistumaan siihen ja kehittämään matalan kynnyksen palveluja kaikille niitä tarvitseville pareille. Tavoitteet toteutuivat pääosin. Koulutusmallien kehittäminen ja levittäminen vaativat jatkotyöskentelyä. Parisuhdeprojekti kohdistui sekä kansalaisille suunnattuihin parisuhdetta tukeviin toimenpiteisiin että ammattilaisten ja päättäjien parisuhdetta koskevan tietotaidon lisäämiseen ja vahvistamiseen.

Parisuhdeprojektin keskeisimmät tulokset olivat:

- Toimiva parisuhde -internetsivut,
- Valtakunnallinen kansalaisille ja ammattilaisille suunnattu parisuhdeneuvontapuhelin
- Parisuhdeongelmia ennaltaehkäisevien ja varhaisen puuttumisen mallien kehittäminen ja mallittaminen ammattihenkilöstölle ja kansalaisille
- Käsikirjojen tuottaminen ja näiden pohjalta suunniteltujen koulutusten toteuttaminen
- Parisuhdeneuvonnan ja -hoidon tilannetta Suomessa kuvaavan valtakunnallisen kartoitustutkimuksen käynnistäminen
- Valtakunnallisen Parisuhdekeskuksen perustan rakentaminen.

Parisuhdeprojektin toiminta on ollut tarkoituksenmukaista, luotettavaa ja näkyvää. Koulutusten ja asiakaspalveluiden palautteet sekä yhteistyökumppaneilta saadut arviot ovat olleet positiivisia ja vahvistaneet käsitystä projektin oikeasta suunnasta. Projektin tarkoituksenmukaisuutta ja toteutuksen onnistumista sekä toimien tuloksia ja vaikutuksia arvioitiin eri tavoin. Palveluiden vahvuudeksi koettiin mm. ammatillisuus, asiantuntemus ja nykyaikaisuus. Myös verkkoaineisto sai myönteistä palautetta. Sen määrätietoista kehittämistä ja hyödyntämistä tulee jatkaa. Toiminnan vakiinnuttamiseksi haetaan jatkorahoitusta RAY:n kohdennettuna toiminta-avustuksena. Tulevan Parisuhdekeskuksen toiminta mahdollistaisi pitkäjänteisen suunnittelun sekä kehittämis- ja yhteistyön muiden toimijoiden kanssa. Valtakunnallisen Parisuhdekeskuksen tavoitteena on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä ehkäistä hyvinvointierojen syntymistä ja syrjäytymistä kehittämällä osaamista ja menetelmiä parisuhdeongelmien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Parisuhdekeskus toimii osaamis-, kehittämis- ja resurssikeskuksena sekä matalan kynnyksen palvelujen tuottajana.

Arki Haltuun - Väestöliiton perhetyö-projekti

Antero Kupiainen, projektikoordinaattori, Mona Jonsson, osastopäällikkö
Väestöliiton lastenhoitopalvelu
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Väestöliiton lastenhoitopalvelu on pitkään tehnyt yhteistyötä eri kuntien sosiaalitoimien kanssa auttaakseen yhteiskunnasta syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia lapsiperheitä. Yhteistyö on osoittanut, että näiden perheiden joukossa on lapsiperheitä, jotka eivät pysty tarjoamaan lapsilleen turvallista kasvuympäristöä, koska vanhemmilla ei ole resursseja oman arjen hallintaan. Arkipäivän eteenpäin viemisestä puuttuu säännöllinen rakenne, kodissa ajaututaan ennakoimattomasti tilanteesta toiseen eli perheen arkielämä ns. ”kelluu”. Vanhemmilla ei ole keinoja havaita toiminnan ongelmallisuutta lasten kannalta. Heiltä puuttuu keinoja muuttaa toimintaa, heillä ei ole omia tukiverkostoja eikä omasta kasvuperheestä ole välttämättä saatu mallia arjen hallintaan.

Lapsiperheissä tehdään kotiin vietyä perhetyötä kuntien toimeksiannosta joko kuntien itse järjestämänä tai ostopalveluna. Palvelutarjonta on nykyään hajanaista, eikä palvelun ostaja välttämättä tiedä mihin perhetyön vaikuttavuus perheessä perustuu. Perhetyön toimintamuodot ovat pirstaleisia. Perhetyölle saatetaan asettaa selkeät tavoitteet, mutta keinot tavoitteisiin pääsemiseksi jäävät tavallisesti määrittelemättä.

Nykyisen perhetyön puutteellisten työmenetelmien puutteen pohjalta kehitetään uutta ja innovatiivista työtä kodissa tehtävään perhetyöhön. Arki Haltuun -hankkeessa (2007–2009) perheen ja työntekijöiden huomio keskittyy ajankäyttöön sekä perheen toiminnan rakenteeseen ja rytmiin. Tavoitteena on arjen sujuvuuden kautta vapauttaa perheen voimavaroja muihin asioihin.

Hankkeessa työväliseksi kehitetään sekvenssikartta, joka perustuu FT Pirjo Korvelan tutkimuksessaan esittelemään ajatteluun, jossa perheen toiminnot yhden päivän aikana voidaan eritellä erilaisiin vaiheisiin eli sekvensseihin. Perheen kanssa tehdään eräänlainen päivälukujärjestys, jota kutsutaan sekvenssikartaksi. Sekvenssikartan avulla hahmotetaan yhdessä päivän vaiheita, kiinnittämällä huomio siihen, minkälainen arki on ja minkälainen sen toivotaan olevan. Kirjallisen hahmottamisen avulla perheen arkeen luodaan säännöllistä rakennetta. Työote on vahvasti toiminnallinen. Perhetyöntekijän huomio suuntautuu arkipäivän toiminnalliseen sujuvuuteen. Päähuomio ei kohdennu perheiden ongelmiin. Sekvenssikartan käyttö välineenä helpottaa asioiden puheeksi ottamista. Sekvenssikartan käytön avulla perhetyöhön tuodaan läpinäkyvyyttä: perhe, perhetyöntekijät ja sosiaalityöntekijät tietävät, mitä asioita arvioidaan ja rakennetaan, ja miten työssä edistytään. Toiminta on kustannustehokasta, koska työssä edistymistä voidaan konkreettisesti seurata ja arvioida sekvenssikarttojen muuttumisen avulla. Työtä ja menetelmää arvioidaan säännöllisin väliajoin asiakasneuvotteluissa, jolloin kaikki osapuolet saavat antaa palautetta työn vaikuttavuudesta.

Hanke pohjautuu Väestöliiton asiantuntijuuteen ja siinä yhdistyvät teoreettinen tutkimustyö ja konkreettinen, käytännönläheinen arjen rakentaminen. Projektin kokemukset, tutkittu ja kehitetty aineisto sekä työkalut juurrutetaan kouluttamalla muita alan ammattilaisia ja opiskelijoita.

Lapsen ja nuoren aggressio itsenäistymisen voimavarana

Raisa Cacciatore, lastenpsykiatri, asiantuntijalääkäri
Väestöliitto
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

”Coping aggression is preventing violence”

Aggression portaat on osa Väestöliiton kansainvälisen yhteistyöprojektin ”Aggression hallinnalla väkivallan ehkäisyyn” tuottamaa koulutusmateriaalia. Projekti tuotti aineiston, joka tarjoaa ennaltaehkäiseviä aggressionhallintamalleja lastenkasvatukseen ja parisuhteeseen etenkin koulujen ja perhevalmennuksen ammattilaisten käyttöön. Daphne II -ohjelma on tarkoitettu tukemaan eurooppalaisia hankkeita, jotka pyrkivät ennaltaehkäisemään väkivaltaa.

Aggression portaat -materiaali tuo ammattikasvattajien käyttöön positiivisen tavan nähdä lapsen ja nuoren itsenäistyminen, uhma ja haastavat tunteet. Mallissa ei ole kyse väkivaltaisten lasten ja nuorten hoidosta, vaan portaittaisesta, lapsen ja nuoren kehitysvaiheeseen soveltuvasta ja jatkuvasta väkivallan ennaltaehkäisystä kasvatuksen keinoin. Opetushallitus julkaisee mallin varhaiskasvatukseen ja peruskoulun terveystietoon. Väestöliitto julkaisee aiheesta erikseen vanhemmille suunnatun oppaan.

Lapsi ja nuori aggression portailla

Aggression portaat -ajattelun lähtökohtana on ihmisen terve tunnekehitys ja sen portaittaisuus. Erityisen haastavia ovat aggressioon liittyvät tunteet, mutta nekin ovat oikein ohjattuina kehitykselle voimavara. Ilman haasteellisia tunteita lapsuudessa ja murrosiän kuohuntaa nuori ei itsenäistyisi vanhemmistaan ja turvallisesta kodistaan. Irtiottoja myös koulun säännöistä ja ystävyys-suhteista saattaa tapahtua. Näiden kaikille rankkojen tunteiden avulla lapsi ja nuori rakentaa identiteettiään ja itsenäistymistä, sisäistää normeja ja oppii suojaamaan itseään. Sisuuntumisesta saa myös puhtia, jos vain haasteelliset tunteet oppii hallitsemaan ja kanavoimaan rakentavasti.

Aggression voi kanavoida rakentavasti

Aggressio positiivisena voimavarana tarkoittaa itsensä arvostamista ja turvataitoja. Tämän kasvun tueksi on perinteisesti ollut erittäin niukasti menetelmiä ja perinteiset kasvatustavat ovat aika niukkoja. Tiedetään, että lasta pitää rajoittaa, mutta tiedetäänkö miten se tapahtuu ilman väkivaltaa, häpeää ja nöyryyttämistä? Vanhemmat ja kasvattajat tarvitsevat positiivisen tavan nähdä lapsen ja nuoren itsenäistyminen, uhma ja haastavat tunteet voimavarana, joita aikuinen voi opettaa ohjaamaan rakentavasti. Kyse on portaittain, lapsen ja nuoren kehitystä seuraten ja alusta asti tapahtuvasta aggressiokasvatuksesta ja väkivallan ennaltaehkäisystä. Riittävän pysyvä, vankka ja turvallinen aikuinen antaa lapselle tai nuorelle mahdollisuuden tuoda kipeät tunteet pintaan ja opetella pärjäämään niiden kanssa. Toimiva ja kuunteleva suhde lapseen kannattaa rakentaa jo varhain, silloin luodaan paras pohja aikuistumiselle. Ne nuoret, jotka arvostavat aikaa vanhempiensa kanssa, eivät ole yhtä alttiita negatiiviselle ryhmäpaineelle eivätkä ole yhtä miellyttämishaluisia kuin ne, joille aikuiset ovat etäisempiä. Myös koulun aikuissuhteilla ja niiden pysyvyydellä sekä kannustavalla ja yksilöitä arvostavalla ilmapiirillä on suuri merkitys lapsen ja nuoren kehitykselle.

Väestöliitto ja Opetushallitus 2007: R Cacciatore: Aggression portaat. Aggressiokasvatustavat haasteellisten tunteiden hallinnasta kasvattajille ja kouluille. Toteutettu EU-projektina Daphne II hankkeessa väkivallan ennaltaehkäisyyn. Lisätietoja Opetushallitus: Susanna Lehtonen

Lisätietoja Väestöliiton Perheverkosta: perheverkko@vaestoliitto.fi.

Varhaislapsuudessa alkanut sydän- ja verisuonitautien ehkäisy (STRIP)

Olli Simell, professori, ylilääkäri, TYKS, Lastenkliniikka & Maarit Laurinen, ravitsemustutkija & Minna Aromaa Dosentti, Turun terveystoimi & Paula Hakala FT, KELA:n tutkimuskeskus & Eero Joki, professori
etunimi.sukunimi@utu.fi

Sepelvaltimotauti on tärkeimpiä sairastuvuuden ja kuolleisuuden syitä Suomessa. Siihen johtava tapahtumaketju alkaa varhaislapsuudessa. Tärkeät riskitekijät liittyvät elintapoihin, ylipainoon ja vyötärölihavuuteen ja niihin usein kytkeytyvään insuliiniresistenssiin ja tyyppin 2 diabetekseen, tyydyttyneen rasvan runsaaseen saantiin, seerumin suureen LDL-kolesteroli- ja triglyseridi-pitoisuuteen ja matalaan HDL-kolesteroliin, korkeaan verenpaineeseen ja tupakointiin.

STRIP-projekti on Turussa toteutettava maailmassa ainutlaatuinen, varhaislapsuudessa alkanut pitkäkestoinen satunnaistettu kohorttitutkimus. Projektin tavoitteena on pienentää interventioryhmään kuuluvien lasten ja heidän perheidensä altistumista sydän- ja verisuonitautien ympäristöperäisille riskitekijöille säännöllisen ravitsemusneuvonnan, tupakkaprevention ja liikunta-aktiivisuuteen kannustavan ohjauksen avulla. Intervention vaikuttavuutta on viime vuosina seurattu myös mittaamalla ultraäänellä valtimoiden elastisuutta ja seinämäpaksuutta. Kohorttilasten ikä on nyt 16-18 vuotta; tiivis varhaislapsuudessa alkanut ja iänmukaiseksi viritetty ravitsemus- ja elämäntapaneuvonta ja lasten ja perheiden tieteellisen tarkka seuranta jatkuvat kunnes tutkittavat täyttävät 20 vuotta.

Projektin strategia on osoittautunut toimivaksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Alle yksivuotiaana aloitettu, lapsen koko perheelle tarkoitettu, toistuva elämäntapa-neuvonta vaikuttaa suotuisasti erityisesti poikien seerumin lipidiarvoihin ja vähentää ylipainoisuuden esiintymistä tytöillä. Projektin aikaisempien tulosten perusteella on Suomessa mm. otettu yleiseen käyttöön suositus rasvattoman maidon ja kasviöljylisän käytöstä 12 kuukauden iästä alkaen. Nykykäsityksen mukaan nämä ravitsemus- ja elämäntapamuutokset johtavat pitkällä aikavälillä sydän- ja verisuonisairastavuuden ja siitä aiheutuvien sairauskustannusten vähenemiseen. Projektissa kertynyt maailmassa ainutlaatuinen datan ja biologisen materiaalin biopankki muodostaa arvokkaan pohjan intervention toimivuuden ja vaikuttavuuden analysoinnille. Projektin tuloksia on esitelty sen 18 toimintavuoden aikana lukuisissa kotimaisissa ja kansainvälisissä kokouksissa ja yli 100 alkuperäisjulkaisussa, joista merkittävä osa on ilmestynyt korkeatasoisissa kansainvälisissä tieteellisissä sarjoissa (mm. Lancet, JAMA, Circulation). Tuloksia on sovellettu ja sovelletaan laajasti kehitettäessä neuvoloiden, koulujen ja muun terveydenhuollon neuvontamenetelmiä ja optimoitaessa niiden vaikuttavuutta.

Neuvokas perhe – liikunta- ja ravitsemusohjausmenetelmä äitiys- ja lastenneuvolaan

Kati Kuisma, Suunnittelija & Johanna Koskenkorva & Suunnittelija
Suomen Sydänliitto
etunimi.sukunimi@sydanliitto.fi

Suomen Sydänliiton Neuvokas perhe -ohjelman päämääränä on edistää lasten ja lapsiperheiden hyviä liikunta- ja ravitsemustottumuksia sekä ehkäistä ylipainoa. Alle kouluikäisten lasten perheet tavoitetaan parhaiten neuvoloiden kautta, sillä lähes 99 % äideistä ja yhä useammat isät käyvät siellä. Neuvoloilla on tärkeä tehtävä sosio-ekonomisten terveyserojen, kuten lihavuuden, kaventamisessa. Tässä ohjelmassa on kehitetty perhekeskeinen liikunta- ja ravitsemusohjauksen menetelmä osaksi normaalia äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa; myöhemmin menetelmää sovelletaan kouluterveydenhuoltoon. Ohjelma perustuu STM:n suosituksiin neuvolatyöstä sekä turkulaiseen lapsiperheiden elintapojen interventiotutkimukseen (STRIP), joka on antanut vankan näytön siitä, että varhainen puuttuminen lasten ja lapsiperheiden elintapoihin kannattaa.

Perhekeskeisellä ohjauksella tuloksiin - työvälineitä terveydenhoitajille. Menetelmä tukee ja selkeyttää terveydenhoitajan ohjaustyötä sekä helpottaa liikunta- ja ravitsemusasioiden puheeksi ottamista. Se auttaa toimimaan perheiden yksilöllisiä ratkaisuja kunnioittaen ja voimavaroja tukien.

Perheen liikunta- ja ruokatottumukset -kortti. Perheen kortti toimii ohjausmenetelmän perustana. Siinä on kysymyksiä äidin, isän ja lapsen liikunta- ja ruokatottumuksista. Vastauksia havainnollistaa helppo liikennevalojärjestelmä. Kortit kulkevat perheen mukana Äitiyskortin ja Lapsuusiän terveystietokortin välissä koko neuvola-ajan.

Kuvakansio. Havainnollista materiaalia perheen kortin aihepiireistä yksilöllisen ohjauksen tueksi.

Tietokansio. Terveydenhoitajien tietokansio, josta löytyvät liikunta- ja ruokakysymyksiä koskevat suositukset, taustat ja tietoa sekä perhekeskeisten ohjausmenetelmien soveltamisvinkit liikunta- ja ravitsemusohjaukseen.

Täydennyskoulutus terveydenhoitajille tukemaan ja helpottamaan työvälineiden käyttöönottoa. Koulutuspäivä sisältää ajankohtaista ja suositusten mukaista tietoa liikunnasta ja ravitsemuksesta. Neuvokas perhe -työvälineiden hyödyntämistä ohjaustyössä harjoitellaan.

Ohjelmasta valtakunnalliseksi ohjausmenetelmäksi. Neuvokas perhe -ohjausmenetelmää kokeiltiin puoli vuotta kymmenessä kunnassa: Halikko, Hattula, Helsinki, Jyväskylä, Joensuu, Kotka, Nivala, Noormarkku, Savonlinna ja Seinäjoki. Jokaisesta kokeiluun osallistui terveydenhoitaja yhdestä äitiysneuvolasta ja lastenneuvolasta. Terveydenhoitajat pitivät työvälineitä hyödyllisinä, tarpeellisinä ja työtään tukevinä. Erityisesti he korostivat ohjausmenetelmän helpottavan ylipainoisten lasten ja perheiden ohjausta.

Terveydenhoitajien työvälineet valmistuvat keväällä 2008 ja ohjausmenetelmän käyttöä laajennetaan jo kokeiluun osallistuneiden kuntien alueelle 2008. Tavoitteena on, että ohjausmenetelmästä tulee valtakunnallinen neuvolatyön apuväline ja täydennyskoulutusmahdollisuuksia laajennetaan ympäri Suomen 2009. Neuvokas perhe -ohjelma on osa Suomalaisen Sydänohjelman (2006–2011) ja sen suunnittelussa ovat mukana Turun yliopiston STRIP-projekti, Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos, Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, Suomen Terveydenhoitajaliitto ja Suomen Osteoporoosiliitto. Neuvokas perhe -ohjelma on tuotettu Raha-automaattiyhdistyksen ja STM:n tuella.

Ravitsemusneuvonnan ja -koulutuksen haasteet neuvoloissa

Kirsi Laitinen, yliassistentti & Johanna Ilmonen, tutkija & Erika Isolauri, professori
Turun yliopisto
etunimi.sukunimi@utu.fi

Ravitsemus vaikuttaa sairauksien riskiin ja on useiden sairauksien keskeinen hoito. Muuttamalla ruokatottumuksia voidaan pienentää sairastuvuutta tyypillisiin kansansairauksiin, kuten lihavuuteen ja tyypin 2 diabetekseen. Tällöin yksilölle aiheutuvan hyvinvoinnin lisäksi saavutetaan kustannussäästöjä myös terveydenhuollossa. Suomalaisissa neuvoloissa lapsiperheet kohdataan kattavasti ja neuvonnassa tarjoutuu mahdollisuus vaikuttaa perheenjäsenten ruokatottumuksiin.

Valtakunnallisessa sähköisesti toteutetussa kyselytutkimuksessa selvitettiin neuvoloiden hoitajien ravitsemuskoulutusta ja -neuvonnan käytäntöjä sekä niiden kehittämistarpeita. Kyselyyn vastasi 327 neuvoloiden hoitajaa (50 % lähetetyistä) kaikista sairaanhoitopiireistä. Vaikka hoitajien koulukseen oli kuulunut ravitsemusopetusta, hoitajat toivoivat koulutuksen, erityisesti ravitsemusneuvontataitojen opetuksen, lisäämistä peruskoulutukseen. Myös täydennyskoulutukseen toivottiin ravitsemuskoulutusta. Erityisesti ehdotettiin koulutusta erityisruok-avalioista, ravitsemuksen merkityksestä sairauksien ehkäisyssä, yleisesti ravitsemustietoudesta ja ravitsemusneuvontataidoista.

Ravitsemusneuvonta koettiin neuvolatyössä tärkeäksi ja ajankohtaiseksi, mutta haasteelliseksi. Hoitajat olivatkin antaneet ravitsemusneuvontaa useisiin erityisruokavalioihin, muun muassa ruoka-allergioihin, kasvisruokavalioihin, ja syömishäiriöihin. Hoitajat ehdottivat neuvonnan kehittämiseksi koulustarjonnan ja osallistumisresurssien lisäämistä. Myös yhtenäisten ohjeistusten saatavuutta ja ammattiryhmien yhteistyötä peräänkuulutettiin. Erityisesti havaittiin myönteinen suhtautuminen internetin välityksellä tapahtuvaan koulutukseen ja tiedon välittämiseen.

Neuvoloiden välityksellä on mahdollista vähentää elämäntapasairauksien riskiä väestössä. Elämäntapoihin vaikuttaminen on kuitenkin haasteellista ja ravitsemusneuvonta edellyttää paitsi ajankohtaista tietämystä ravitsemuksesta ja sen yhteydestä terveyteen ja sairauksiin myös taitoa ohjata asiakkaita yksilöllisesti. Uusia teknologiamahdollisuuksia ja terveydenalan asiantuntijoiden yhteistyötä voitaisiin hyödyntää laajemmin neuvolahenkilökunnan täydennyskoulutuksessa. Tämä voisi toteutua ajankohtaisen tutkimustietoon perustuvan jatkokoulutusmateriaalin tuottamisella internetin kautta.

Kirjallisuutta: Ilmonen J, Isolauri E, Laitinen K. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä. Suomen Lääkärilehti 2007;62:3661-3666.

Vauvojen värikylpy - koko perheen taidekasvatusta

Eija Juuti, tutkija-kulttuurituottaja
 Porin lastenkulttuurikeskus - Satakunnan lastenkulttuuriverkosto
 etunimi.sukunimi@pori.fi

Vauvojen värikylpy on vauvaperheille tarkoitettu maalaustyöpaja. Tarkoituksena on rohkaista vauvoja vanhempineen ja sisaruksineen visuaaliseen ilmaisuun ja moniaistiseen leikkiin eri materiaaleilla turvallisessa ympäristössä ja turvallisilla materiaaleilla. Työpajat etenevät värikylpy-ohjaajan opastuksella värin tarkastelusta ja erilaisten materiaalien tunnustelusta itse tuotettuun jälkeen. Vauvojen värikylpy -työpajat antavat vanhemmille tietoa, ideoita, intoa, rohkeutta ja konkreettisia työkaluja vauvan kanssa toimimiseen. Tavoitteena on kannustaa vanhempia kuvalliseen ilmaisuun sekä virikkeelliseen vuorovaikutukseen ja kommunikointiin lasten kanssa. Työpajat luovat uusia toimintamuotoja vertais- ja yhteistyöverkostoihin. Vanhemmuuden ja vuorovaikutuksen tukemisen lisäksi työpajojen tärkeä funktio on tarjota kulttuuripalveluita ja taidekasvatusta niistä helposti paitsioon jääville kotihoidossa oleville alle kouluikäisille vanhempineen.

Vauvojen värikyllyn toiminnasta

Vauvojen värikylpy -työpajan toiminnassa painottuu vanhemman ja lapsen välinen avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja sen merkitys lapsen varhaiselle kehitykselle. Työpajat ovat avoimia koko perheelle vanhemmat, sisarukset ja esimerkiksi isovanhemmat mukaan lukien. Työpaja huomioi perheen kokonaisuutena yksikkönä nuorimmasta vanhimpaan sekä lapsen täysivaltaisena osallisena sosiaalisessa yhteisössään. Metodi toimii positiivisesti yli kulttuuristen ja kielellisten rajojen keskittyen perheeseen ja yksilöön. Se kannustaa luovuuteen ja taiteelliseen prosessiin kiireettä, ilman suorittamisen paineita. Moniaistisuutta korostava työskentely perustuu turvallisiin, vauvaystävällisiin materiaaleihin ja ympäristöön.

Porin lastenkulttuurikeskus – Satakunnan lastenkulttuuriverkostossa kehitetyssä työpajakonseptissa vauvaperheet tutustuvat värien maailman ohella myös Porin taidemuseon näyttelyihin. Näyttelykierrosten ja teosesittelyiden tarkoituksena on taiteen tarkastelun ohella tehdä taidemuseo mahdollisimman helposti lähestyttäväksi ja avoimeksi myös pikkulapsiperheille.

Vauvojen värikyllyn tausta

Vauvojen värikylpy -työpajaidean ja konseptista syntyneen Vauvojen värikylpy -metodin on kehittänyt Porin lastenkulttuurikeskuksen – Satakunnan lastenkulttuuriverkoston toiminnanjohtaja Päivi Setälä yhdessä työpajaohjaajien kanssa. Ensimmäiset 3-12 kuukauden ikäisille vauvoille suunnatut Vauvojen värikylpy -maalaustyöpajat järjestettiin loppuvuodesta 2003 Porin lastenkulttuurikeskuksen – Satakunnan lastenkulttuuriverkoston ja Porin taidemuseon yhteistyönä. Suurta suosiota ja kysyntää seuraten toimintaa on laajennettu ja kehitetty myös 1-3-vuotiaille. Keväällä 2008 Porin taidemuseossa toimii säännöllisesti neljä alle 1-vuotiaiden työpajaa, kolme yli 1-vuotiaiden työpajaa sekä yksi 2-3-vuotiaiden työpaja.

Vauvojen värikylpy -metodi on saanut laajasti julkisuutta ja työpajakonsepti on levinnyt ympäri Suomen, sekä herättänyt kiinnostusta myös ulkomailla. Metodin mukaisen ammattimaisen, tavoitteellisen ja sisällöllisen toiminnan leviämisen takaamiseksi Porin lastenkulttuurikeskus – Satakunnan lastenkulttuuriverkosto on antanut täydennyskoulutusta Vauvojen värikylpy -työpajojen ohjaamisesta kiinnostuneille kuvataiteen ja taidekasvatuksen ammattilaisille vuodesta 2006. Seuraava koulutuskokonaisuus käynnistyy keväällä 2008.

www.sakulaku.fi, www.taikalamppu.fi

Väestöliiton Kotipuu

Anne Alitolppa-Niitamo, monikulttuurisuusasioiden päällikkö, Väestöliiton Kotipuu
Väestöliitto
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Väestöliiton Kotipuu on osaamis- ja resurssikeskus, joka toimii maahanmuuttajien perhe-elämään, lastenkasvatukseen ja vanhemmuuteen liittyvien kysymysten alueella. Perhe on maahanmuuttajan kotoutumisen kannalta tärkeä voimavara. Sosiaalisten suhteiden katkeaminen, nopea kulttuurinen muutos ja uusi kieli ovat haasteita perheiden hyvinvoinnille. Perheen ja vanhemmuuden tukeminen edistää sopeutumista uuteen yhteiskuntaan ja ylläpitää perheenjäsenten hyvinvointia. Kotipuussa kehitetään ja tehdään monikulttuurista perhelähtöistä työtä, joka tähtää ongelmien ennaltaehkäisyyn.

Vaikuttamistyö on tärkeä osa Kotipuun toimintaa. Toiminnan tavoitteena on maahanmuuttajataustaisten lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja kotoutumisen edistäminen. Julkisen sektorin toimijoille ja järjestöille Kotipuu tarjoaa koulutusta, alustuksia ja luentoja, konsultaatiota, toimintamalleja ja kumppa-nuutta. Tuotamme myös materiaaleja ja julkaisuja monikulttuurisen työn tueksi. Maahanmuuttajaperheille Kotipuu tarjoaa neuvontaa perheen ihmissuhteisiin ja lastenkasvatukseen liittyvissä kysymyksissä puhelimitse ja sähköpostin välityksellä. Järjestämme vertaisryhmiä vanhemmille yhteistyössä maahanmuuttajien omien yhdistysten, julkisen sektorin ja järjestöjen kanssa. Julkaisemme myös lastenkasvatusta tukevia oppaita eri kielillä. Kotipuussa toimii erikielisiä monikulttuurisuuden asiantuntijoita.

Kotipuu verkossa: www.vaestoliitto.fi/monikulttuurinen_työ.

Koululaisten ja opiskelijoiden terveyden edistäminen

Lääkärivastaanotolla käyneiden 7–14-vuotiaiden osuudet väestöstä terveyskeskuksittain 2004–2006

Matti Rimpelä, tutkimusprofessori & Vesa Saaristo, tutkija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Terveyskeskusten avohoitotilastoa varten kerätään vuosittain mm. lääkärin potilaiden lukumäärät ikäryhmittäin vuosilta 2004–2006

(<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/tausta/Aineistokuvaukset/terveyskeskusavotoimintatilasto.htm>). Tätä tutkimusta varten on poimittu kunnittain 7–14 -vuotiaiden potilaiden lukumäärät ja vastaavien ikäryhmien väestötiedot SOTKANetistä. Kuntakohtaisista tiedoista on yhdistetty terveyskeskusten tiedot vuoden 2007 terveyskeskusrakenteen mukaan. Näistä tiedoista on laskettu potilaiden prosenttiosuudet samanikäisestä väestöstä.

Avohoidon lääkärivastaanotolla käyneiden potilaiden osuus pysyi 2004–2006 samana (59 %, 62 % ja 61 %). Terveyskeskusten väliset erot olivat suuria. Terveyskeskuskohtaisten prosenttiosuuksien keskiluvut (jakauman keskimäinen arvo) olivat 64 %, 65 % ja 64 %. Poikkeama-arvot (25 %), joiden väliin jäivät puolet terveyskeskuksista, olivat vuosittain 55–71 %, 57–74 % ja 55–72 %. Suurten kaupunkien tulokset pysyivät pääosin samalla tasolla. Poikkeuksena olivat Kuopio ja Vaasa, joissa prosenttiosuus laski huomattavasti. Tasoerot näiden kaupunkien välillä olivat suuria:

<i>Terveyskeskuksen nimi</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>Erotus 06-04</i>
Lahden terveyskeskus	70 %	71 %	70 %	0
Joensuun terveyskeskus	70 %	68 %	67 %	-3
Jyväskylän terveyskeskus	63 %	63 %	64 %	0
Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus	72 %	64 %	60 %	-12
Tampereen terveyskeskus	59 %	59 %	59 %	0
Oulun terveyskeskus	59 %	60 %	58 %	-1
Porin terveyskeskus	59 %	57 %	57 %	-2
Helsingin terveyskeskus	55 %	55 %	54 %	-1
Turun terveyskeskus	50 %	51 %	50 %	0
Vaasan terveyskeskus	61 %	52 %	49 %	-12
Kotkan terveyskeskus	47 %	46 %	47 %	0
Espoon terveyskeskus	51 %	51 %	47 %	-4
Rovaniemen terveyskeskus	52 %	52 %	46 %	-6
Vantaan sosiaali- ja terveyskeskus	43 %	42 %	42 %	-1

Yli 80 % osuuksia melko pysyvästi ilmoitti kymmenkunta terveyskeskusta, mm. Uusikaupunki, Keski-Karjala, Pieksämäki, Sodankylä, Virrat, Mäntän seutu ja Parikkala. Toisaalta noin yhtä monessa osuudet olivat alle 50 %. Neljän suuren kaupungin lisäksi tässä joukossa olivat mm. Mustasaari, Maalahti ja Korsnäs, Kiiminki, Liminka, Malmin terveydenhuoltoalue, Hanko ja Rautavaara.

Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon epätarkkuudet tietojen ilmoittamisessa. Seuraavaan on poimittu esimerkkejä terveyskeskuksista, joiden tulokset vaihtelivat paljon:

<i>Terveyskeskuksen nimi</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Imatran terveyskeskus	23 %	61 %	7 %
Tammisaaren tk / Ekenäs hälsovårdscentral	49 %	74 %	0 %
Keravan terveyskeskus	53 %	36 %	0 %
Ylämaan terveyskeskus	51 %	5 %	40 %
Itä-Savon sairaanhoitopiiri SOSTERI	61 %	54 %	21 %

Avoterveydenhuollon tilastoja on hyödynnetty vähän. Aineiston jatkuva analyysi parantaisi todennäköisesti sen luotettavuutta. Tulokset viittaavat suureen eriarvoisuuteen kuntien lapsille tarjoamassa perusterveydenhuollossa. Keskeinen kysymys on, tulisiko lasten tarpeita monissa kunnissa priorisoida nykyistä enemmän talous- ja/tai henkilöstötilanteen pakottaessa päättäjät valitsemaan.

Kouluterveyskysely laajentuu ammatillisiin oppilaitoksiin

Minna Pietikäinen, erikoistutkija & Pauliina Luopa, tutkija & Riikka Puusniekka, tutkija & Hanna Harju, tutkija & Annikka Sinkkonen, projektisihteeri, Stakes & Jukka Jokela, suunnittelija, Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Kouluterveyskysely tuottaa koulujen ja kuntien käyttöön tietoa 14–18-vuotiaiden nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista. Kysely tehdään peruskoulun 8. ja 9. luokille sekä lukion 1. ja 2. vuosikurssille samoissa kunnissa vuorovuosina parillisina vuosina Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnissa ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänien sekä Ahvenanmaan kunnissa. Lisäksi syksyllä 2007 Kouluterveyskysely toteutettiin ammattiin opiskeleville 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoille pilottitutkimuksena. Tutkimusalueena oli Kainuun maakunta ja Oulun seutu. Kouluterveyskysely on vuoden 2008 alusta alkaen laajennettu koskemaan peruskoulun yläluokkien ja lukioiden lisäksi myös ammatillisia oppilaitoksia koko tutkimusalueella.

Vuonna 2007 Kouluterveyskyselyyn vastasi 362 peruskoulua ja 203 lukioita, yhteensä 206 kunnassa Länsi-Suomen ja Oulun läänissä ja Ahvenanmaalla. Vastaajia oli 73 717, joista 50 470 oli peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisia ja 23 247 lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoita. Kouluterveyskysely onnistui Kainuun maakunnan ja Oulun seudun ammatillisissa oppilaitoksissa erinomaisesti. Vastaajia oli 3698, eli 74 % oppilaitosten opiskelijoista. Lukiolaisten ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden vertailu todensi ammattiin opiskelevien lukiolaisia huonommat elinolot, terveyden, terveystottumukset ja terveysosaamisen. Kainuun maakunnassa ja Oulun seudulla on lähdettykin aktiivisesti kehittämään Kouluterveyskyselyn tulosten hyödyntämistä ammatillisissa oppilaitoksissa ja niiden sijaintikunnissa. Raportti ammattiin opiskelevien Kouluterveyskyselystä on tulostettavissa Kouluterveyskyselyn nettisivuilta <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset>.

Useissa kunnissa voidaan nyt seurata jo kymmenen vuoden aikana tapahtunutta kehitystä. Kunnista 73 % tilasi kuntakohtaiset tuloksensa vuonna 2007. Tulosten tilaaminen on lisääntynyt noin viisi prosenttiyksikköä vuodesta 2005. Tulokset tilaaviin kuntiin toimitetaan nyt 1) kuntaraportti ja siihen sisältyvät kuntakohtaiset indikaattorikuviot, 2) koulukohtaiset indikaattorikuviot kaikille kunnan kouluille ja 3) kaikkien kysymysten kunta- ja koulukohtaiset ja kaumataulukot. Internetissä on maksuttomasti saatavilla valtakunnalliset ja maakuntakohtaiset tulokset ja SOTKANet -indikaattoripankista löytyvät keskeiset indikaattorit kuntakohtaisesti. Kouluterveyskyselyn peruseräraportoinnin lisäksi olemme tehneet joitakin erillisraportteja. Kauniaisille teimme selvityksen suomenkielisten ja ruotsinkielisten päihteidenkäytön eroista, opetusministeriölle selvityksen koulukiusaamisesta ja yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen kanssa selvityksen kouluruokailusta. Raportit löytyvät Kouluterveyskyselyn nettisivuilta viimeistään maaliskuun aikana.

Valtakunnallisten tulosten avulla voidaan seurata nuorten hyvinvoinnin muutoksia ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden toteutumista. Paikallistasolla Kouluterveyskyselyn tuloksia voi hyödyntää mm. koulukohtaisten tavoitteiden määrittelyssä, oppilas- ja opiskelija-huollon suunnittelussa sekä kunnan hyvinvointistrategian ja -ohjelman laadinnassa. Vuoden 2003 lopulla perustetun Kouluterveyslähettiläsverkoston tavoitteena on edistää tulosten hyödyntämistä paikallistasolla. Tällä hetkellä lähettilästoiminnassa on mukana 53 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, joista osa toimii hyvinkin aktiivisesti. Kouluterveyskyselystä toimintaan -kehittämishankkeen kouluterveyslähettiläät ovatideoineet vuosina 2005-2007 Kouluterveyskyselyn tulosten hyödyntämistä kunta- ja koulutasolla (ks. lisää hankkeen omista tiivistelmistä). Kehittämishankkeen loppuraportti julkaistaan Stakesin raportteja -sarjassa vuoden 2008 alussa. Hankkeen kunta- ja koulukohtaiset mallit ovat edelleen hyödynnettävissä muissa kunnissa ja kouluissa.

Nuorten terveystapatutkimus (NTTT)

Susanna Rainio, tutkija & Arja Rimpelä, professori
Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto
etunimi.sukunimi@uta.fi

Nuorten terveystapatutkimus (NTTT) on valtakunnallinen tutkimusohjelma, jossa on vuodesta 1977 seurattu 12–18 -vuotiaiden terveystottumusten ja terveyden kehitystä vertailukelpoisin menetelmin joka toinen vuosi. Tieto kerätään postikyselyin valtakunnallisesti edustavilta otoksilta. NTTT tuottaa tietoa nuorten terveyden edistämistyön ja terveystapolitiikan perustaksi sekä terveystoliittisten tavoitteiden (Terveys 2015) toteutumisen arvioimiseksi. Saatujen tulosten pohjalta on mm. muutettu tupakkalakia ja suunnattu nuorisoon kohdistunutta terveydenedistämistoimintaa.

NTTT aloitettiin tupakkalain tavoitteiden seuraamiseksi ja tämä tehtävä on edelleen keskeinen. NTTT seuraa useiden terveys- ja hyvinvointi-indikaattorien muutoksia, niiden jakautumista eri väestöryhmissä ja niitä selittäviä tekijöitä. Kyselyä kehitetään jatkuvasti uusien terveysongelmien ja indikaattorien löytämiseksi. NTTT:n aineistosta tuotetaan terveyden edistämistyötä tukevia suomen- ja englanninkielisiä julkaisuja ja esitelmiä eri aihealueilta. Vuosien 1977–2007 aikana Nuorten terveystapatutkimuksesta on valmistunut yli 400 tutkimusraporttia, abstraktia ja muuta julkaisua.

Vuoden 2007 julkaisujen aiheita ovat olleet:

Tupakointi ja päihitteet: Rimpelä A, Rainio S, Huhtala H, Lavikainen H, Pere L, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihitteiden käyttö 1977-2007. STM Selvityksiä 2007 (painossa) Rainio S, Rimpelä A. Home smoking bans in Finland and the association with child smoking. Eur J Public Health 2007; doi:10.1093/eurpub/ckm098 Rainio S, Rimpelä A, Luukkaala T, Rimpelä M. Family smoking profile – parental and child smoking and their associations from the 1977 to 2005 in Finland. Prev Med (arvioitavana) Lavikainen H. 14-16-vuotiaiden nuorten ilmoittamat alkoholihaitat: Avovastausten ja strukturoitujen vastausten tulosten vertailua. Teoksessa: Tigerstedt C. (ed.) Nuoret ja alkoholi: 2007, 103-20. Alkoholi- ja huumeututkijain seura, Hakapaino Oy, Helsinki. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian terveysvaikutukset: Punamäki R.-L, Wallenius M, Nygård C-H, Saarni L, Rimpelä A. Use of Information and Communication Technology (ICT) and adolescents' perceived health: The role of sleeping habits and waking-time tiredness. Journal of Adolescence 2007;30:569-85 Liikunta: Fogelholm M, Paronen O, Miettinen M. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus –raportti: Terveystoliikuntaan panostaminen kannattaa. Liikunta ja Tiede 2007;44(1):5-10. Seksuaaliterveys: Falah Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Rimpelä A. Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. BMC Public Health 2007;7:201 Muut: Mattila VM, Parkkari J, Rimpelä A. Adolescent survey non-response and later risk of death – A prospective cohort study of 78 609 persons with 11-year follow-up. BMC Public Health 2007;7:87 Pere L, Vajaranta M, Rimpelä A. Nuorten kahvinkäytön muutokset 1977-2007 ja erikoiskahvien käyttö 2001-2007. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos 2007. Koivusilta LK, Rimpelä AH. Pubertal timing and health-related behaviours in adolescence – socio-economic outcomes in a follow-up study from Finland. IjPH (Italian Journal of Public Health) 2006;3(1):41-52 Tutkimuksen johtaja: Professori Arja Rimpelä, Terveystieteen laitos, 33014 Tampereen yliopisto, puhelin: 03-3551 6802, sähköposti: arja.rimpela@uta.fi

Pääkaupunkiseudun kouluhyvinvoinnin parametriton monitasoanalyysi

Vesa Saaristo, tutkija & Matti Rimpelä, tutkimusprofessori, Stakes & Jaakko Nevalainen, tutkija & Hannu Oja, professori, Tampereen yliopisto
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella käynnistyneessä Suomen Akatemian rahoittamassa kansainvälisessä hankkeessa (Parametrittomat menetelmät klusteroidun ja hierarkkisen aineiston analyysissä) kehitetään tehokkaita jakaumasta riippumattomia tilastollisia menetelmiä monitasoisen aineiston analyysiin. Hanke toteutetaan yhteistyössä Stakesin ja Montrealin yliopiston (HEC) kanssa.

Tutkimuksessa hyödynnetään Stakesin Kouluterveyskyselyn aineistoja Pääkaupunkiseudulta vuosilta 2000, 2002, 2004 ja 2006: Vuosittain kyselyyn on osallistunut 108–115 koulua ja 14409–17078 vuosiluokkien 8–9 oppilasta. Monitasoanalyyseissä yksilötason lisäksi toisena tasona on koulu ja kolmantena koulun sijaintikunta. Pääkaupunkiseudulla on paljon kouluja maantieteellisesti pienellä alueella ja oppilaat saattavat valikoitua kouluihin. Tavoitteena on tarkastella tarkemmin myös koulujen välisiä eroja.

Perinteisiin tilastollisiin menetelmiin liittyy oletus havaintojen riippumattomuudesta. Käytännössä havainnot usein esiintyvät klustereissa eli ryppäissä. Ryppäitä voi olla monessa eri tasossa. Esimerkiksi koululuokan oppilaiden mielipiteet voivat olla keskenään samanlaisia. Vastaavaa yhdenmukaisuutta voi olla saman koulun luokkien välillä ja kunnan sisällä koulujen välillä. Mikäli tätä hierarkkista rakennetta ei huomioida analyyseissä, saadaan tilastollisesti liian merkitseviä tuloksia. Hierarkkisen aineiston analyysiin on käytetty normaalijakaumaan perustuvia, parametrisiksi kutsuttuja menetelmiä, kuten sekamalleja. Käytännössä muuttujien jakaumat poikkeavat usein normaalisuusoletuksesta siten, että havainnot keskittyvät jakauman toiseen päähän. Kouluterveyskyselyssä Mielialakyselyyn (RBDI) perustuva masennusmittari sekä WHO:n HBSC-tutkimuksen mukainen kysymys koulukiusaamisesta ovat tyypillisiä tällaisia jakaumaltaan vinoja muuttujia. Keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta kuvaavan pistemäärän saa 12 % vastaajista. Viikoittain koulukiusatuksi kokee tulevansa 7 %. Tutkimuksen ensimmäinen teoreettinen julkaisu käsittelee Wilcoxonin järjestyslukutestiä ja valmistuu vuoden 2008 aikana. Kehitettyä menetelmää sovelletaan kouluhyvinvoinnin, mm. juuri koulukiusaamisen ja masentuneisuuden selvittämiseen Pääkaupunkiseudulla.

Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta Suomessa

Heli Kumpula, tutkija
Kansanterveyslaitos
etunimi.sukunimi@ktl.fi

Posteriesityksen tavoitteena on tuoda esille Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita ja taustaa nuorten miesten tapaturmien ja väkivallan ehkäisemiseksi.

Kansanterveysohjelman yhden tavoitteen mukaan nuorten 15–34-vuotiaiden miesten tapaturma- ja väkivaltakuolleisuus tulisi alentua kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta vuoteen 2015 mennessä. Nuorten miesten kuolleisuus tapaturmiin ja väkivaltaan on yli kolminkertaista verrattuna nuorten naisten kuolleisuuteen. Sosiaalinen syrjäytyminen ennustaa tapaturman ja väkivallan uhriksi joutumista. Riskiryhmässä ovat erityisesti heikosti koulutetut ja työelämän ulkopuolelle jääneet miehet.

Kansanterveysohjelman päämääränä on tavoittaa nämä syrjäytymisvaarassa olevat nuoret. Nuorten miesten kuolleisuus kasvoi merkittävästi 1980-luvun loppupuolella. Kuolleisuus kääntyi laskuun 1990-luvulla, mutta 1990-luvun loppupuolella kuolleisuus lisääntyi taas. Suomessa nuorten miesten kuolleisuus on Euroopan Unionin (EU27) keskitasoa korkeampaa.

Eniten nuoria miehiä kuolee tieliikennetapaturmiin, itsemurhiin, myrkytyksiin ja väkivaltaan. Päihteillä on osuutta moneen tapaturmaiseen ja väkivaltaiseen kuolemaan. Myös pelkästään huume- ja lääkeainemyrkytyksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolee vuosittain useita nuoria miehiä. Tapaturmille ja väkivallalle altis elämäntapa alkaa muodostua jo lapsen kehityksen varhaisessa vaiheessa. Tapaturmien ja väkivallan ehkäisy tulisikin ottaa osaksi lapsen kasvatusta jo neuvolaikäisestä lähtien.

Seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaaliterveyden edistäminen osana ehkäiseviä palveluja

Maija Ritamo, projektipäällikkö
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Vuonna 2007 hankkeessa panostettiin Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen -toimintaohjelman 2007–2011 viimeistelyyn ja siitä tiedottamiseen.

Toimintaohjelma nostaa seksuaaliterveyteen liittyvän neuvonnan kehittämisen yhdeksi keskeiseksi lähivuosien tavoitteeksi. Sen mukaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma integroidaan terveydenhuollossa ehkäisevään työhön ja sairauksien hoitoon. Palvelujen järjestämisessä otetaan huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo sekä erilaisten vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet.

Toimintaohjelman mukaan jokaisessa terveyskeskuksessa tulee olla ainakin yksi seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut työntekijä ja jokaisessa sairaanhoitopiirissä asiantuntijoiden hyväksymän erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä seksuaalineuvontaan, konsultointiin ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointiin.

Stakesissa Jukka Lehtonen selvitti seksuaalineuvonnan toteutumista kesällä 2007. Syksyllä 2007 pidetyssä työkokouksessa perustettiin seksuaalineuvonnan verkosto. Siihen on liittynyt yli 50 seksuaalineuvontaa terveydenhuollossa tekevää työntekijää. Verkoston tarkoituksena on tukea neuvontatyön organisointia ja kehittämistä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. STM Julkaisuja 2007:17. www.stm.fi>julkaisut

SEKSPRO 2006, seksuaalineuvonnan toimintamallin luominen TAYS:n naistenklinikkaan

Salla Järvinen, kättilö, seksuaalineuvoja & Anna-Maija Nylund, osastonhoitaja & Jaana Susi, syöpäsairaanhoitaja, seksuaalineuvoja & Paula Vihtamäki, kättilö, seksuaaliterapeutti
Tampereen yliopistollinen sairaala
etunimi.k.sukunimi@pshp.fi

Projektin tarkoituksena oli tehtyjen tutkimusten perusteella selvittää lisää gynekologisten syöpäpotilaiden seksuaalineuvontaan liittyviä tarpeita ja pyrkiä vastaamaan niihin. Tavoitteena oli luoda toimintamalli, jossa tuetaan potilasta syöpään sairastumisen aiheuttamassa kriisissä ja avataan keskustelu seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa.

Potilaiden saama seksuaalineuvonta TAYS:n Naistenklinikassa on ollut sattumanvaraista. Käytännön työssä on ilmennyt, että tarvetta seksuaalineuvontaan on, mutta kaikkiin pyyntöihin ei ole pystytty vastaamaan, koska seksuaalineuvojat ovat olleet sijoitettuna toisiin tehtäviin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (STM 2007:17) mukaisesti seksuaalineuvonnassa on otettava huomioon asiakasnäkökulma, jonka mukaisesti terveydenhuollossa potilaalle tulee kertoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen, parisuhteeseen ja perheiden hyvinvointiin. Yksi projektin tärkeimmistä tavoitteista olikin saada seksuaalineuvonta luonnolliseksi osaksi gynekologisen syöpäpotilaan hoitopolkua. Tällöin kaikilla asiakkailla olisi halutessaan mahdollisuus saada tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sairauteensa liittyen.

Potilaille tehdyn alkukartoituksen tuloksena ilmeni muun muassa, että 52 % vastaajista halusi lääkärin aloittavan keskustelun seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Lisäksi nousi esiin, että potilaat toivovat keskustelua hoitajakson tai seurannan aikana. Syntyi tarve luoda organisoitu toimintamalli, missä seksuaalineuvonta kuuluu yhtenä osana gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Neuvontaa antaisivat alan asiantuntijat, seksuaalineuvoja tai seksuaaliterapeutti. Sekä lääkäreille että hoitohenkilökunnalle suunnatuissa kyselyissä on noussut esiin tarvittavan koulutuksen ja ammattitaidon puutteellisuus. Tämän vuoksi muun henkilökunnan kouluttaminen on sisällytetty yhtenä osana seksuaalineuvojan toimenkuvaan.

Internetpalvelu ammattilaisille nuorten seksuaaliterveydestä

Tuulia Aho, projektikoordinaattori, terveydenhoitaja, & Anna Kotiranta-Ainamo, erikoislääkäri & Anne Pelander, kättilö, terveydenhoitaja & Tuija Rinkinen, tutkija
Väestöliitto
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Tausta

Nuorten kanssa työskenteleville ammattilaisille on avattu uusi internetpalvelu. Linkki palveluun löytyy Väestöliiton etusivulta www.vaestoliitto.fi. Palvelua ylläpitää Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan Nuorten Avoimet Ovet (NAO). Seksuaaliterveysklinikka on ainoa lääkärijohtoinen seksologinen klinikka Suomessa. NAO on toiminut jo parinkymmenen vuoden ajan suomalaisten nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi tarjoamalla monimuotoisia palveluita, tuottamalla materiaaleja ja vaikuttamalla yleiseen mielipiteeseen sekä poliittisiin päättäjiin. www.seksuaaliterveys.org -palvelu käynnistettiin vuonna 2001, jotta nuoret voidaan kohdata heille luontevassa ympäristössä. Palvelu tavoittaa suomenkieliset nuoret asuinpaikasta huolimatta. Ammattilaisten nettipalvelu täydentää seksuaaliterveys.org-sivuston palvelua.

Internet tiedetään kustannustehokkaaksi tavaksi antaa seksuaalikasvatusta. Siellä onkin valtavasti tietoa saatavilla, mutta hyvä ja huono tieto sekoittuvat helposti. Haasteita ammattilaisten työhön tuovat erityisesti porno, vääristyneet tiedot ja normaalin seksuaaliterveyden tukeminen. Puutteena on, että internetpalveluihin ei ole kriteerejä, jotka takaisivat tiedon laadun ja oikeellisuuden. Siksi seksuaaliterveyden edistämisen tueksi tarvitaan laadukkaita sivustoja, jossa tiedot ovat oikein ja eettisesti pohdittuja.

Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen ja seksuaalikasvatuksen osaamisen tarpeet eri ammattikunnissa ovat tuntuvasti lisääntyneet. Tähän vaikuttavat nuorten heikko seksuaaliterveyden tila ja puutteelliset tiedot, terveystieto-oppiaine opetussuunnitelmissa, sekä STM:n Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011. Uusi ammattilaisille suunnattu sivusto tukee eri ammattiryhmien (mm. opettajat, terveydenhoitajat, lääkärit ja sosiaali- ja nuorisotyöntekijät) seksuaaliterveyden edistämistyötä.

Menetelmät ja tuotokset

Palvelu tarjoaa Väestöliiton asiantuntijuutta jokaisen ammattilaisen saataville. Palvelusta saa paitsi tietoa yleisesti, myös juuri tietyille ammattiryhmille kohdennettua tietoa, ohjeistusta sekä välineitä käytännön työhön. Sisällön tuottaa Seksuaaliterveysklinikan moniammatillinen työryhmä ja tietoja päivitetään säännöllisesti. Sivustojen sisältö perustuu tutkittuun tietoon ja nuorten kanssa tehtävän käytännön työn kautta saatuun kokemukseen ja asiantuntijuuteen. Sanakirjassa määritellään nuorten seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyviä käsitteitä, sekä ohjataan lisätiedon lähteille. Tietopankki sisältää perustietoja, kuten normaalin seksuaalisuuden kehityksen, sen haasteet, sekä huolestuttavat merkit kehityksessä. Työkalupakki sisältää käytännönläheisiä välineitä ja ohjeita nuoren seksuaalikasvatukseen, opetukseen ja kohtaamiseen asiakastyössä. Tilastot-osioon kerätään ajanmukaiset tiedot nuorten seksuaaliterveyden indikaattoreista. Artikkelit-osioon tallennetaan ajankohtaisia asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita. Palvelussa on mahdollisuus keskusteluun eri teemoista muiden ammattilaisten kanssa, sekä saada Väestöliiton asiantuntijoilta konsultaatiota ja työhohjausta netissä. Myytinmurtaja-osioon kerätään yleisimpiä myyttejä, sekä faktoja liittyen aiheeseen. Lisäksi suositeltavia linkkejä sekä kirjallisuutta.

Nuorten seksuaaliterveyden internetpalvelu ammattilaisille tukee seksuaaliterveyden edistämisen ja seksuaalikasvatuksen osaamista. Palvelu tarjoaa asianmukaista yksilö- ja yhteisö- ja yhteiskunnan tason seksuaaliterveyden edistämisen menetelmiä jokaisen nuoren kanssa työskentelevän ammattilaisen ulottuville.

NUSKA - Nuorten Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Kirsi Porras, projektikoordinaattori, Nuorten Seksuaalinen Kaltoinkohtelu
Väestöliitto
etunimi.sukunimi@vaestoliitto.fi

Kohtaamis- ja verkostoitumismalli seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneiden nuorten auttamiseksi Väestöliiton Seksuaaliterveyslinikalla toimii Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama NUSKA-kohtaamisprojekti. Projektissa on kehitetty kohtaamis- ja verkostoitumismalli 12–16-vuotiaiden seksuaalisesti kaltoinkohdeltujen nuorten kohtaamiseen ja tukemiseen. Mallissa keskitytään seksuaalisesti kaltoinkohdeltujen nuorten parissa työskentelevien ammattilaisten tiedon ja kohtaamistaitojen lisäämiseen. Projekti pyrkii myös vaikuttamaan seksuaalisesti kaltoinkohdeltujen nuorten hoidon yhtenäisyyden ja suunnitelmallisuuden parantamiseen.

Projektin työntekijät kouluttavat ammattilaisia käyttämään kohtaamis- ja verkostoitumismallia. Lapsille ja nuorille tarjotaan turvataito-opetusta ja vanhemmille teemaan liittyviä vanhempainiltoja. Seksuaalisesti kaltoinkohdelluille nuorille on rajoitetusti terapiapalveluja sekä reaaliaikaisia internetissä tapahtuvia vastaanottoja. Ammattilaisilla on mahdollisuus saada tematiikkaan liittyvää työnohjausta.

Kohtaamis- ja verkostoitumismalli

Kohtaamis- ja verkostoitumismalli on kohdennettu alkuvaiheen psykososiaalisen kriisituen antamiseen ja suunnataan ensisijaisesti julkisen sektorin työntekijöille, kuten koulun työntekijöille, terveydenhuollon henkilökunnalle ja nuorisotyöntekijöille. Tavoitteena on, että nuorten kanssa työskentelevä ammattilainen saa keinoja ja tukea nuorten kohtaamiseen. Mallin avulla nuorelle mahdollistetaan primaariavun saaminen nimenomaan siinä yksikössä, johon hän on ensimmäisenä ottanut yhteyttä ja rohkaistunut kertomaan seksuaalisesta kaltoinkohtelusta. Verkostoitumismallin avulla kartoitetaan kunkin työpisteen tai paikkakunnan omia toimintamuotoja seksuaalisen kaltoinkohtelun selvittämiseksi, tutkimiseksi sekä nuoren jatkohoidon järjestämiseksi.

Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Joidenkin suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan on arvioitu, että 15-vuotiaista nuorista tytöistä 7–8 % ja pojista 3% on kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä (mm. Sariola 1985; Sariola & Uutela 1994; Sariola & Uutela 1996, Helveg-Larsen & Larsen 2002). 15,6 % naisista on kokenut alle 15-vuotiaana seksuaalisesti uhkaavaa käyttäytymistä tai seksuaaliseen kanssakäymiseen pakottamista (Heiskanen & Piispa 1998).

Vuonna 2006 Väestöliiton nuorten seksuaaliterveystietotutkimukseen vastasi anonymisti noin puolet Suomen 8.-luokkalaisista tytöistä ja pojista eli 33 819 henkilöä. Vastanneista pojista neljä viidesosaa ja tytöistä kolme neljäsosaa ei ole kokenut seksuaalista kaltoinkohtelua. Niitä, joiden vakavimpana kokemuksena oli kehon intiimialueiden koskettelu vasten tahtoa, oli paljon: 6,2 % pojista ja 9,2 % tytöistä. Yhdyntään tai muuhun seksiin pakotettuja oli myös paljon: 4,1 % pojista ja 2,3 % tytöistä (Kontula & Meriläinen 2007). Tulosten valossa kolmensadan oppilaan yläkoulussa on seksuaalisen kaltoinkohtelun uhreja noin 30. Heitä on yli kaksikymmentä kertaa niin paljon kuin diabeetikkoja, viisi kertaa niin paljon kuin astmaatikkoja, yli kaksi kertaa niin paljon kuin huumeita kokeilleita ja suunnilleen yhtä paljon kuin lukivaikeuksista kärsiviä. Väestöliiton kyselyssä vakavinta seksuaalisen kaltoinkohtelun muotoa, seksiin pakottamista, ilmoitti kokeneensa useammin poika kuin tyttö.

Lisätietoa projektista www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/nuorten_seksuaalinen_kaltoinkoht/.

Seksi on sydämen asia

Eeva-Liisa Urjanheimo, puheenjohtaja & Eija Kempainen, kehittämispäällikkö
Suomen terveydenhoitajaliitto
etunimi.sukunimi@terveydenhoitajaliitto.fi

Terveydenhoitajaliiton seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiskampanja 2007–2008:

Seksuaaliterveys on olennainen osa ihmisen kokonaisterveyttä ja hyvinvointia kaikissa elämänvaiheissa. Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveys on hyvä. Äitiyshuollon perinteiset osoittimet kuten äitiys- ja perinataalikuolleisuus sekä keskosenä ja pienipainoisena syntyneiden osuudet syntyneistä ovat maailman alhaisimpia. Raskauden keskeytysten määrä on pysynyt kohtuullisena, eikä HIV-epidemia ole levinnyt. Haasteitakin toki on. Suomalaisen väestön seksuaaliterveys on kääntynyt huonompaan suuntaan 1990-puolivälin jälkeen. Tästä osoituksena ovat mm. alle 25-vuotiaiden raskauden keskeytysten, alaikäisten synnytysten ja etenkin nuorilla sukupuoliteitse tarttuvien tautien lisääntyminen. Näillä tekijöillä voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia erityisesti nuorten aikuisten ja työikäisten terveyteen ja palvelujen tarpeeseen.

Monet seksuaaliterveyden ongelmat kuten ei-toivotut raskaudet ja sukupuolitaudit ovat suureksi osaksi ehkäistävissä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut ovat tällä hetkellä hajallaan ja osin puutteellisiakin, esim. syrjäytymisvaarassa olevien ja vähemmistöryhmien palvelut. Hoidon porrastuksessa, työnjaossa eri ammattiryhmien kesken ja ammatillisessa osaamisessa on puutteita ja epäselvyyksiä. Teknologiasovellutusten hyödyntäminen on toistaiseksi vähäistä. Kansallisia ohjeita ja suosituksia on vähän tai ne kaipaavat päivittämistä. Koulujen seksuaaliopetus on uusien haasteiden edessä, kun media- ja viihdekulttuuri muokkaavat voimakkaasti seksuaalisuutta koskevaa tietämystä ja asenneilmastoa. Tilastointi- ja seurantajärjestelmän puutteet vaikeuttavat seurantaa ja tehokasta suunnittelua. Suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen edellyttää monialaista yhteistyötä ja toimintojen koordinoitua.

Tavoitteet

- 1) Lisätä oikeaa tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja hälventää virheellisiä uskomuksia ja käsityksiä.
- 2) Tukea ihmisiä olemaan ”oman seksuaalionsensa seppiä” eli auttaa ihmisiä huomaamaan omat mahdollisuutensa edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttään. Pystyäkseen tekemään itseään ja läheisiään koskevia hyviä valintoja ja ottamaan vastuuta ihmiset tarvitsevat oikeaa tietoa. Erityisesti nuoret ja lapsiperheet tarvitsevat tukea ja tietoa.
- 3) Vaikuttaa ja osallistua seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen kehittämiseen ja järjestämiseen. Nämä palvelut on integroitava nykyistä paremmin ja kattavammin osaksi muita terveyspalveluja. Osa palveluista, mm. äitiys- ja lastenneuvolat, ehkäisyneuvonta, nuorten seksuaaliterveysneuvonta on oltava lähipalveluina. Osa on tarkoituksenmukaista järjestää seutukunnan, sairaanhoitopiirin tai muun laajemman alueen yhteisinä palveluina.
- 4) Vahvistaa terveydenhoitajien osaamista ja tukea heitä tunnistamaan taitonsa ja vahvuutensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjinä. Lisätä terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa ja kohdata seksuaaliterveysasioita asiakastyössään. Tämä on haaste koulutukselle (perus-, erikoistumis- ja ylempi ammattikorkeakouluopinnot, täydennyskoulutus). Se on haaste myös terveydenhoitaja-ammattikunnalle.
- 5) STM:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 tunnetuksi tekeminen terveydenhoitajille ja ohjelman toimeenpanon edistäminen.

Seksi on sydämen asia –kampanjan viesti

Seksi on sydämen asia –viesti kehottaa ihmisiä tuntemaan (ja tunnistamaan), aistimaan, välittämään ja nauttimaan omasta seksuaalisuudestaan. Kampanjan aikana tullaan kohdentamaan ns. täsmäviestejä eri ikä- ja väestöryhmille.

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen - suomalaisia ja virolaisia menetelmiä, työtapoja ja materiaaleja

Tiina Keinänen, projektikoordinaattori & Heini Parkkunen, Terve Kaupunki
koordinaattori
Itämeren alueen Terveet Kaupungit ry; info@marebalticum.org
etunimi.sukunimi@marebalticum.org

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen paikallistason yhteistyönä -hankkeessa on kehitetty materiaaleja ja työtapoja nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi Suomessa (Turku) ja Virossa (Paide, Narva, Kohtla-Järve) yhdeksän kuukauden aikana (1.4.–31.12.2007).

Lähtökohtana oli olemassa olevan seksuaaliterveysmateriaalin hyödyntäminen ja edelleen kehittäminen eri hallinnonalojen ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Lisäksi tavoitteena oli antaa työvälaineitä nuorten parissa työskenteleville. Tausta-ajatuksena oli lähestyä seksuaalisuutta ja seksiin liittyviä kysymyksiä positiivisen viestin ja sanoman kautta ja näin tukea nuoren minäkuvan ja itsetunnon kehittymistä. Nuoret tarvitsevat oikeanlaista tietoa, joka tukee omaan seksuaalisuuteen liittyviä asenteita ja arvoja.

Päätavoitteet:

- Soveltaa olemassa olevia nuorten seksuaaliterveyden edistämisen materiaaleja ja -malleja sekä kehittää niitä edelleen paikallisten asiantuntijaverkostojen yhteistyönä; ja
- Lisätä nuorten parissa työskentelevien (mm. kouluterveydenhoitajat, opettajat ja kolmannen sektorin edustajat) keinoja liittyen sukupuolitautien ehkäisyyn sekä HIV-positiivisten ja Aidsia sairastavien syrjinnän ehkäisyyn

Osatavoitteet:

- Paikallisten asiantuntijoiden tiedon vaihto Viron ja Suomen seksuaaliterveyden edistämisestä ja mm. HIV/Aids tilanteesta;
- Nuorten parissa työskentelevien taitojen lisääntyminen seksuaaliterveyden edistämisestä mm. varhainen puuttuminen;
- Virossa ja Suomessa nuorten parissa käytettyjen työmenetelmien soveltaminen; ja
- Osallistavien- ja viestintämenetelmien (mm. kouluopetus, festivaalit) käytön edistäminen seksuaali-terveyskasvatuksessa osana mm. HIV/Aids ennaltaehkäisyä

Kolmessa suomalais-virolaisessa yhteistyöseminaarissa keskityttiin seksuaalikasvatuksen sisältöihin ja haasteisiin, nuorten HIV/Aids tilanteeseen, osallistaviin työskentelymenetelmiin sekä poikkisektoriaalisen työn merkitykseen nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä.

Hankepartnerit kehittivät hankkeen aikana materiaaleja paikallisiin tarpeellisiin, kuten

- Kondomin käyttöön kannustava ”kirje” raskaana olevalta tytöltä pojalle, joka on lapsen isä ja jolta tyttö on saanut HIV-tartunnan;
- Seksuaalisista oikeuksista ja turvaseksistä kertova ’Turvallisen rakastamisen nimeen’ -esite;
- Turvaseksistä kertova ’Valkoinen Prinssi’ -esite;
- Tyttöjen murrosikää käsittelevä esite; sekä
- Oppimateriaaliansio, missä käsitellään mm. perhettä ja perherooleja, seksiä ja seksuaalisuutta, tunteita, rakastumista ja turvaseksiä.

Materiaali työstettiin moniammatillisessa yhteistyössä, myös nuoria kuunneltiin.

Hankkeeseen osallistuivat Turun kaupunki ja Narvan kaupunki, Paidessa toimiva MTÜ Süda-Eesti Sotsiaalkeskus sekä Kohtla-Järven MTÜ Allium/Madala Lävega keskus. Sitä koordinoi WHO:n yhteistyökeskus Itämeren alueen Terveet Kaupungit ry. Yhteistyökumppaneita olivat Kansanterveyslaitos, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Aids-tukikeskus ja Tervise Arengu Instituut. Hanke toteutti Etelä-Suomen ja Viron INTERREG IIIA -ohjelmaa ja sai rahoitusta Euroopan aluekehitysrahastosta (EAKR) sekä Länsi-Suomen lääninhallitukselta.

Ehkäisevä päihdetyö

Vanhempien ja perheen merkitys lasten tupakoinnin ehkäisyssä (VANTU)

Susanna Rainio, tutkija & Arja Rimpelä, professori
Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos
etunimi.sukunimi@uta.fi

Lasten ja nuorten tupakoinnin ehkäisy ja vähentäminen on suomalaisen terveystieteiden tavoite. Tupakoinnin ehkäisy on keskittynyt lakisääteiseen kontrolliin (esim. ikärajoitukset), joukkotiedotukseen sekä terveystieteiden koulutukseen kouluissa. Perheet ovat jääneet usein sivuosaan, vaikka vanhempien ja lasten välinen tupakoinnin voimakas yhteys on tunnettu jo kauan. Perhekeskeisiä nuorten tupakoinnin ehkäisyinterventioita ei Suomessa ole toteutettu.

VANTU-hanke käynnistyi vuonna 2004 terveyden edistämisen määrärahan turvin Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella. Yleistavoitteena on selvittää vanhempien ja perheiden roolia ja mahdollisuuksia lasten tupakoinnin ehkäisyssä ja kehittää tätä tavoitetta tukeva perhekeskeinen materiaali. Hankkeen erityinen panos on perhekeskeisen materiaalin ja toimintamallin luominen sekä sen käytettävyyden testaus eri toimintakanavissa (koulut, kouluterveydenhuolto, kansanterveysjärjestöt ym.).

VANTU-hanke rakentuu kahdesta erilaisesta aineistosta:

1. Nuorten terveystapatutkimus: Joka toinen vuosi toteutuva, koko maata edustava, postikyselytutkimus 12–18-vuotiaille nuorille (1977–2009). Tutkimuksessa kerätään tietoa lasten ja vanhempien tupakan käytöstä, kodin tupakointikäytännöistä ja niiden yhteydestä lasten tupakointiin sekä näiden muutoksista ajassa. Tärkeimmät löydökset: Vanhempien ja lasten tupakoinnin välinen voimakas yhteys säilynyt lähes muuttumattomana 70-luvulta 2000-luvulle; Kodin tupakointikiellot ehkäisevät lasten tupakointia.
2. Perhekeskeinen materiaali ja toimintamalli: Perheille suunnattu materiaalipaketti ”Perheellä on merkitystä” lasten tupakoinnin ja myös alkoholinkäytön ehkäisyn tueksi. Materiaalia esiteltiin vuonna 2007 kouluterveydenhuollon kautta 11–13-vuotiaiden lasten perheissä Tampereen alueella. Vuonna 2008 materiaalin käytettävyyttä ja soveltuvuutta testataan lisäksi useiden muiden toimintakanavien kautta.

Hankkeen tuottamia julkaisuja:

- Rainio S, Rimpelä A. Home smoking bans in Finland and the association with child smoking. Eur J Public Health 2007; doi:10.1093/eurpub/ckm098
- Rainio S, Rimpelä A, Luukkaala T, Rimpelä M. Family smoking profile - parental and child smoking, and their associations from the 1977 to 2005 in Finland. Prev Med (submitted).
- Rainio S, Rimpelä M, Rimpelä A. Perheen merkitys lasten tupakoinnin alkamisessa. Sos Lääk Aikak 2006;43.

No Smoke - Savuttomuutta toisen asteen oppilaitoksiin

Sinikka Vainionpää, projektipäällikkö
Seinäjoen ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@seamk.fi

No Smoke -hanke käynnistyi Seinäjoen ammattikorkeakoulun SoTe-tutkimusyksikössä maaliskuussa 2006. Hankkeen taustalla on Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, jossa on korostettu erityisesti lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämistä. Hanke on kolmivuotinen ja tavoitteena on 1) tupakoinnin vähentäminen tukemalla tupakoinnin lopettamista, 2) savuton oppilaitos, 3) oppilaitosten keskinäinen verkostoituminen sekä 4) kouluterveydenhoitajien ja opetushenkilökunnan tietotaidon lisääminen tupakasta vieroituksessa. Hankkeessa on mukana viisi keskiasteen oppilaitosta: Järviseudun ja Härmanmaan ammatti-instituutti, Kurikan ja Seinäjoen ammattioppilaitokset sekä Seinäjoen palvelualueiden oppilaitoksesta liikealan- sekä sosiaali- ja terveystieteiden yksiköt.

Hankkeen toteutusprosessin ytimen muodostavat oppilaitoskohtaiset työryhmät, jotka ovat laatineet savuttomuustoimintasuunnitelmat lukuvuosille 2006–2007. Projektipäällikkö on osallistunut työryhmien työskentelyyn ja syksyllä 2006 on oppilaille tehty tupakointitapa- ja tupakointitottumiskysely, joka on tarkoitus uusida projektin lopussa. Projektin aikana on järjestetty savuttomuuteen ja vieroitushoitoon liittyviä koulutus- ja teemapäiviä. Oppilaitosten terveydenhoitajat ovat myös voineet osallistua nuorten tupakoinnin lopettamisryhmien ohjaajakoulutukseen. Terveystieteidenhoitajat ovat lisäksi ohjanneet oppilaitosten yksilöllistä tupakasta vieroitusta, jonka tueksi projekti on mahdollistanut nikotiinikorvaushoitojen aloittamisen. Nikotiinikorvaushoitojen vaikuttavuutta seurataan kyselyn avulla vuonna 2008.

Vuoden 2007 aikana on savuttomuusaatetta syvennetty tukemalla oppilaitosten keskinäistä verkostoitumista seminaaripäivän sekä tiedotustoiminnan avulla. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerien (Stakes 2006) mukaisesti on projektissa pyritty vaikuttamaan tupakointia koskeviin tietoihin ja asenteisiin, tämän lisäksi on kartoitettu tupakointiin liittyviä riskitekijöitä sekä tupakoimattomuutta suojaavia tekijöitä. Toiminnan kohteena ovat olleet opiskelijat yksilöinä, mutta myös heidän lähipiirinsä, johon kuuluvat opiskelijatoverit sekä opettajat. Projektiin kuuluvien oppilaitosten tavoitteellinen yhteistyö on lisäksi käynnistänyt verkostoitumisen muiden savuttomuutta edistävien tahojen kanssa paikallisyhteisöissä sekä kuntatasolla. Tulevan vuoden 2008 haasteena on savuttoman oppilaitoksen toimintamallin kehittäminen ja savuttomuuteen liittyvän kulttuurisen muutoksen eteenpäin vieminen.

Tehoa tupakasta vieroitukseen terveydenhuollossa

Maria Falkenberg, koordinaattori & Jussi Kauhanen, professori & Jukka Aho, Ttk & Riitta Kortelainen, ma assistentti & Paavo Tanskanen, opetusproviisori, Marja-Leena Hyvärinen, lehtori & Jonna Mönkkönen, lehtori, Kuopion yliopisto ja Kaija Niskanen, lehtori, Savonia -ammattikorkeakoulu ja Patrick Sandström, tutkija & Kristiina Patja, asiantuntijalääkäri, Kansanterveyslaitos etunimi.sukunimi@uku.fi

Miljoona suomalaista tupakoi ja tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain noin 5000 suomalaista. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeässä roolissa, kun pyritään lisäämään väestön halukkuutta ja valmiuksia lopettaa tupakointi tai olla aloittamatta sitä lainkaan.

Kuopion yliopisto ja Kansanterveyslaitos ovat yhteistyössä Savonia ammattikorkeakoulun kanssa kehittäneet Internet-pohjaisen moniammatillisen oppimateriaalin ja opinto-kokonaisuuden tupakan terveyshaitoista, riippuvuudesta ja tupakoinnin lopettamisesta terveydenhuollon ammattilaisille. Tupakka-aiheisen oppimateriaalin taustalla on tupakointiin, nikotiiniriippuvuuteen ja vieroitushoitoihin liittyvä Käypä hoito -suositus. Tuotettua materiaalia löytyy internetsivustosta www.stumppi.fi.

Kuopion yliopistossa on järjestetty lääketieteen, farmasian ja terveysalan (AMK) opiskelijoille yhteinen Irti tupakasta -opintojakso, jonka tarkoituksena on lisätä opiskelijoiden ymmärrystä tupakan terveysvaikutuksista ja omasta ammatillisesta roolista sekä mahdollisuuksista tupakoinnin lopettamisen tukemisessa. Myös tietoisuus toisen ammattiryhmän toimintatavoista lisääntyy. Opintojakson suunnitteluun ja toteutukseen ovat osallistuneet Kuopion yliopiston lääketieteen ja farmasian asiantuntijat, puheviestinnän lehtorit, Savonia -ammattikorkeakoulun lehtorit sekä Kansanterveyslaitoksen asiantuntijat.

Opintojakson aluksi opiskelijat tutustuvat itsenäisesti Moodle-oppimisolustan tupakka-aineistoon muun muassa yleistietoon tupakasta, tupakkariippuvuuteen ja vieroitukseen. Seminaaripäivänä asiantuntijaluennot käsittelevät lääkärin, farmaseutin ja muun terveysalan henkilöstön roolia tupakoinnin lopettamisen tukena: huomiota kiinnitetään laadukkaaseen ohjaukseen erityispiirteisiin ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Luentojen jälkeen opiskelijat harjoittelevat konkreettisesti potilas-/asiakasohjausta caseharjoituksissa pienryhmissä, ja päivän loppuksi oppimiskokemuksia reflektoidaan. Itsenäinen opiskelu jatkuu Moodlessa, ja opiskelija testaa oppimistaan vastaamalla monivalintatentteihin. Koulutukseen osallistuneilta opiskelijoilta kerätään palautetta opintojakson kehittämistä varten: kehitysehdotuksia ja oppimista kartoitetaan kysymällä ohjausharjoitusten, oppimateriaalin, luentojen ja verkko-opiskelun toimivuudesta, soveltuvuudesta sekä kokemuksista moniammatillisesta lähestymistavasta. Myös asiantuntijat arvioivat opintokokonaisuuksia ja materiaalia kehitetään edelleen palautteen pohjalta kaikkien käyttäjäryhmien tarpeita parhaiten vastaavaksi.

Hankkeen yleiskoordinaatiovastuu on Kuopion yliopiston Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitoksella ja Kansanterveyslaitos toimii asiantuntijana. Oppimiskokonaisuutta on käytetty lääketieteellisten tiedekuntien perusopetuksessa Helsingissä, Kuopiossa, Turussa ja Tampereella. Terveydenhuoltoalan opetuksen soveltuvaa mallia pilotoitiin vuoden 2007 aikana Seinäjoella, Lahdessa, Savonlinnassa ja Kuopiossa. Pilottikoulutusten perusteella kehitetään malliopetuspaketti muidenkin ammattikorkeakoulujen käyttöön. Hanketta laajennetaan vuonna 2008 ainakin kymmeneen ammattikorkeakouluun, koordinoivana tahona toimii Savonia ammattikorkeakoulu. Kuopion yliopiston Sosiaalifarmasian laitos koordinoi farmasian perusopetuksen oppimiskokonaisuutta.

Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli

Marjatta Pirskanen, terveyden edistämisen suunnittelija, Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus & Anna-Maija Pietilä, professori, Kuopion yliopisto ja Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus, Eila Laukkanen, va. nuorisopsykiatrian professori
etunimi.sukunimi@kuopio.fi

Terveyserojen kaventaminen on Suomen terveystalouden keskeisiä tavoitteita. Tupakoinnin ja alkoholin riskikäytön tiedetään olevan merkittävin terveyserojen aiheuttaja. Koska humalajuomisen tiedetään olevan yhteydessä tupakointiin ja huumeekokeiluihin, on tärkeää kehittää varhaisen puuttumisen menetelmiä nuorten humalajuomisen ehkäisemiseksi ja päihteettömyyden edistämiseksi. Nuoret ovat esittäneet kaipaavansa tasa-arvoista ja ymmärtäväistä pohdintaa aikuisten kanssa vapaa-ajanvietosta ja ohjeita alkoholin kohtuukäytöstä. Näistä lähtökohdista käynnistyi tutkimus, jonka tavoitteena oli tuottaa Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli päihteettömyyden edistämiseksi koulu- ja opiskeluterveyden-huoltoon. Kehittämistyö pohjautui aikuisten alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen (AUDIT-testi) ja mini-intervention sekä huolen vyöhykkeistön ja voimavarakeskeisen dialogin periaatteisiin.

Tutkimuksessa arvioitiin Nuorten päihdemittarin luotettavuutta ja 14–18-vuotiaiden nuorten (n=326), terveydenhoitajien (n=10) ja yhteistyökumppanien (n=12) näkemyksiä terveyskeskustelusta, jossa testattiin päihdemittarin ja varhaisen puuttumisen toimintamallin soveltuvuutta käytännössä. Aineisto kerättiin Pohjois-Savon neljässä kunnassa monivaiheisesti sisältäen toimintamallin testaamista ja kyselyjä sekä haastatteluja.

Nuorten päihdemittarilla arvioituna päihteiden käytössä tunnistettiin neljä tasoa: raittius tai kokeilu 53 %, toistuva päihdekäyttö 22 %, riskikäyttö 9 % ja vaarallinen suurkulutus 16 %. Yli 16-vuotiaista tytöistä 43 % ja pojista 48 % oli humalaan juovia (viisi alkoholiannosta tai enemmän juomakerralla). AUDIT-testillä arvioituna alkoholin suurkulutuksen rajan ylitti 10 % peruskoululaisista, 16 % lukiolaista ja 41 % ammatillisen toisen asteen opiskelijoista. Näin terveyseroja aiheuttava riskikäyttäytyminen voitiin tunnistaa jo 16–18-vuotiaiden ryhmissä.

Nuoret suhtautuivat päihteisiin liittyvään keskusteluun myönteisesti. He arvioivat terveydenhoitajat asiantuntijoiksi, joiden neuvot ja tieto päihteistä olivat hyvät. Nuoret arvioivat oman päihteiden käyttönsä haitattomaksi ja vähäiseksi vaarallisen suurkulutuksenkin vaiheessa. Lähes neljännes nuorista halusi kuitenkin vähentää päihteiden käyttöään, mutta terveydenhoitajan tuki muutoksessa oli vähäistä.

Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen toimintamalli arvioitiin soveltuvaksi muutamien korjauksin. Terveydenhoitajien mukaan Nuorten päihdemittari nopeutti tilanearvioita ja auttoi priorisoimaan neuvontaa yksilöllisesti. Varhaisen puuttumisen onnistumisen edellytys oli luottamuksellisen suhteen saavuttaminen ja yhteinen ymmärrys päihteiden käyttöön liittyvästä huolesta. Tulosten perusteella laadittiin varhaisen puuttumisen malli, jossa nuori ja terveydenhoitaja arvioivat yhdessä nuoren päihteiden käyttöä, elämäntilannetta ja voimavaroja. Yhdessä pohtien toteutuu tarvittava interventio tunnistetun huolen mukaan neljässä tapauksessa promotiivisesti voimavaroja tukien raittiille ja kokeilijoille, preventiivisenä mini-interventiona päihteitä toistuvasti käyttäville, mini-interventiona riskikäytön yhteydessä ja hoidon tarpeen arviointina vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä. Malli mahdollistaa yksilöllisen neuvonnan, mikä voi vähentää humalajuomisesta aiheutuvien terveyserojen kehittymistä.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon resursoinnissa on tärkeä varmistaa riittävä aika erityisesti ammatillisen koulutuksen nuorten päihteettömyyden edistämässä yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla. Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli on otettu käyttöön kymmenissä kunnissa. Jatkotutkimusta tarvitaan mallin vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Preventiimi - nuorisotoimialan ehkäisevän päihdetyön kehittäjä

Sanna Pylkkänen Preventiimi koordinaattori
Humak / Preventiimi
etunimi.sukunimi@humak.edu

Preventiimi on Humanistisen ammattikorkeakoulun (Humak) alaisuudessa opetusministeriön rahoituksella toimiva ehkäisevän päihde- ja huumetyön nuorisotyöverkosto. Eteläisessä Suomessa toimiva ehkäisevän päihde- ja huumetyön nuorisotyöverkosto aloitti toimintansa vuonna 2003. Verkostoon kuuluu kunnallisten nuorisotoimien lisäksi ehkäisevää päihdetyötä tekeviä järjestöjä. Preventiimin jäsenet ovat ehkäisevää päihdetyötä tai päihdekasvatusta nuorten parissa tekeviä ammattilaisia.

Kumppanuussopimuksen ovat allekirjoittaneet:

1. Aseman Lapset ry, 2. Elämä On Parasta Huumetta ry, 3. Elämäntapaliitto ry, 4. Espoon kaupungin nuorisotoimi, 5. Helsingin Nuorisosiainkeskus, 6. Helsingin NMKY ry, 7. Helsingin seudun erilaiset oppijat – HERO ry, 8. Järvenpään kaupungin nuorisopalvelut, 9. Kalliolan nuoret ry, 10. Kauniaisten kaupungin nuorisotoimi, 11. Keravan kaupungin nuorisotoimi, 12. Kirkkonummen kunnan nuorisotoimi, 13. Klaari Helsinki, 14. Lohjan kaupungin nuorisotoimi, 15. Myllyhoitoyhdistys/Selväpää-systeemi, 16. Non Fighting Generation – NFG ry, 17. Nurmijärven kunnan nuorisotoimi, 18. Pornaisten kunnan vapaa-aikatoimi, 19. Porvoon kaupungin nuorisotoimi, 20. Raittiuden ystävät ry, 21. Sammatin kunnan vapaa-aikatoimi, 22. Sipoon kunnan nuorisotoimi, 23. Sininauhaliitto, 24. Terveys ry, 25. Tuusulan kunnan nuorisotoimi, 26. Valtakunnallinen työpajayhdistys – TPY ry, 27. Vantaan kaupungin nuorisotoimi, 28. Vantaan kaupungin ehkäisevän päihdetyön yksikkö, 29. Vantaan NMKY ry, 30. Vihdin kunta nuorisopalvelut ja 31. YAD ry.

Preventiimillä on yhteistyötä Etelä-Suomen alueen lisäksi Pietarissa, Tukholmassa sekä Virossa. Vuonna 2008 Preventiimillä on suunnitelmissa laajentaa täydennyskoulutusta valtakunnallisesti koko Suomeen. Tällöin etsimme yhteistyökumppaneita kaikkilta suomesta kehittämään yhdessä toimintaa. Tavoitteena on keskittyä nuorten ehkäisevään päihde- ja huumetyöhön sekä menetelmien kehittämiseen. Lisäksi pyrimme jäntevöittämään ja vahvistamaan nuorisotyön roolia paikallisissa moniammatillisissa verkostoissa. Tämän myötä kykenemme hyödyntämään ja levittämään kunnallisen nuorisotyön sekä järjestöjen piirissä kehitettyjä toimintamalleja ja menetelmiä sekä suuntaamaan nuorisotoimialalle ehkäisevän päihdetyön täydennyskoulutusta. Järjestämme kaikille avoimia ehkäisevän päihdetyön seminaareja ja koulutusta (Ehkäisevän päihdetyön perusteet, Ehkäisevän päihdetyön laatukoulutus, Ehkäisevän päihdetyön erikoistumisopinnot) sekä jäsentemme kesken organisoimme tapaamisia, tapahtumia, menetelmien ja työkalujen vaihtoa sekä vertaistukea. Preventiimi (www.preventiimi.fi) työskentelee myös Humakin (www.humak.edu) sisällä yli koulutusohjelmaraajojen toimivana hankkeena. Tämän myötä joka vuosi useat opiskelijat tekevät työoppimista, opinnäytetöitä ja kehittämisprojekteja Preventiimissä tai sen kautta kumppanuusorganisaatioissa.

Preventiimillä on omat internet sivut ja kuukausittain ilmestyvä tiedote. Postituslistalla on lähes 100 ehkäisevän päihdetyön ammattilaista Etelä-Suomesta.

Lisätietoja: www.preventiimi.fi

Neliveto vai etukeno? Alkoholihanke ammattikorkeakoululaisille

Reetta Ruokonen, Projektikoordinaattori
Elämäntapaliitto ry
etunimi.sukunimi@elamantapaliitto.fi

Ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen selvitys- ja toimintahanke alkoholihaittojen vähentämiseksi (2007–2009)

Neliveto vai etukeno? -hankkeen tarkoituksena on vaikuttaa alkoholinkäyttöä koskeviin asenteisiin ja tietoihin sekä ehkäistä alkoholista aiheutuvia haittoja ammattikorkeakouluopiskelijoiden keskuudessa. Kumppanuushankkeessa mukana ovat Elämäntapaliitto, Suomen Ammattikorkeakouluopiskelijayhdistysten Liitto (SAMOK) ja Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus ry. Hanke toteutetaan yhteisötasolla, kohderyhmään kuuluu kaikkiaan noin 100 000 opiskelijaa ja toiminta on kohderyhmän kanssa vuorovaikutteisesti syntyvää viestintää ja koulutusta. Toiminta-areenoina ovat opiskelijakunnat ja 29 ammattikorkeakoulua, joiden koulutusalayksiköitä on noin 80 paikkakunnalla. Ammattikorkeakoulujen opiskelijakuntiin on järjestäytynyt keskimäärin 50 % amk-opiskelijoista. Kaikki opiskelijakunnat kuuluvat Suomen Ammattikorkeakouluopiskelijayhdistysten Liittoon.

Hanke jakaantuu:

- Selvitysvaiheeseen (hankkeen toimintakanavat ja sen kannalta relevantit verkostot etsitään ja toimintakulttuureita vastaavat viestintämallit ja -sisällöt tuotetaan yhdessä kohderyhmän kanssa).
- Toteutusvaiheeseen, jolloin hanke tukee paikallista toimintaa (2008).
- Yhteenvetovaiheeseen (jolloin hankkeen tuotoksia ja vaikutuksia arvioidaan, liitetään hanke ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisyrittämyksiin sekä levitetään kehitettyjä toimintamalleja).

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt rahoituksen tälle kolmivuotiselle terveyden edistämisen selvitys- ja toimintahankkeelle, joka kohdistuu ammattikorkeakoulujen opiskelijoihin. Hanke käynnistyi 1.1.2007.

HUUGO-projekti – alkoholinkäyttö on koko työyhteisön asia

Antti Hytti, projektipäällikkö
Elämäntapaliitto ry,
etunimi.sukunimi@elamantapaliitto.fi

HUUGO on työelämän alkoholihaittojen viestintä- ja koulutushanke, jonka toteuttajana on Elämäntapaliitto. Yhteistyökumppanina on työntekijä- ja työnantajatahojen yhteisorganisaatio Työturvallisuuskeskus, jonka kautta hankkeeseen osallistuvat kaikki työmarkkinakeskusjärjestöt. Näin hanke koskettaa kaikkiaan 2,5 miljoonaa työssäkävää suomalaista.

Aiempi työaikana tapahtunut alkoholinkäyttö on vähentynyt merkittävästi, mutta toisaalta vapaa-ajalla tapahtuvan alkoholinkäytön vaikutukset työelämään ovat lisääntyneet. Ne toimijat, joiden vastuulla työntekijän riskirajat ylittävään alkoholinkäyttöön puuttumisen mielletään yleensä olevan – työnantaja ja työterveyshuolto –, saattavat olla hyvinkin kaukana itse työntekijästä. Tämä yhdessä sen kanssa, että alkoholinkäyttöä pidetään edelleen vahvasti yksityisasiana, johtaa usein työpaikoilla ennaltaehkäisyn vähäisyyteen ja alkoholin ongelmakeskeiseen tarkasteluun, johon liittyvät usein erilaiset piilottelun ja salailun elementit.

HUUGOn kohderyhmänä on väestön suuri enemmistö, työssäkävvä väki, sekä tähän ryhmään sisältyvät alkoholin suurkuluttajat. Suuri kohderyhmä pystytään tavoittamaan juuri yhteistyökumppaneiden, työmarkkinajärjestöjen, valmiiden viestintäkanavien ja toimijaverkoston kautta. Hankkeen päämääränä on tuottaa sellaista välineistöä, toimintamalleja ja palveluita, joita voidaan käyttää työpaikoilla alkoholihaittojen ehkäisyyn. Tärkeänä osana tätä on olemassa olevien palveluiden ja verkostojen tuominen työyhteisöjen avaintoimijoiden (luottamusmiehet, työsuojeluvaltuutetut, henkilöstöjohto ja työterveyshenkilöstö) käyttöön. Lisäksi tavoitteena on, että näillä toimijoilla on riittävät kyvyt toteuttaa työpaikoilla ennaltaehkäiseviä toimia, käsitellä varhaisvaiheen ongelmia ja toteuttaa hoitoonohjaus asianmukaisesti.

HUUGOn toimintamuotoja ovat:

- työmarkkinajärjestöjen kanavien kautta toteutettava yleinen ja painotettu alkoholinkäyttöön liittyvä tiedotus, jossa erityishuomion kohteena ovat rajun kertakäytön riskit
- mallien kehittäminen ennaltaehkäisevään työpaikkakulttuuriin
- välineiden tarjoaminen työntekijöiden alkoholinkäytön omatoimiseen tarkkailuun ja hallintaan
- avaintoimijoita palvelevan, alan keskeisen informaation kokoavan nettityökalun tuottaminen ja ylläpitäminen
- koulutustoiminta työpaikkojen avaintoimijoille

HUUGO on nimenomaan ennaltaehkäisyä korostava hanke. Pyrkimyksenä on päästä tilanteeseen, jossa aina oltaisiin ongelmia askelen edellä: hoitoonohjaukset on voitava tehdä nopeammin, orastavat ongelmat on pystyttävä tunnistamaan ja niihin on pystyttävä puuttumaan aikaisemmin, riskirajoja hipovasta alkoholinkäytöstä on voitava käydä keskustelua, ja koko työpaikan toimintamalleja on voitava kehittää sellaiseksi, että alkoholihaittojen todennäköisyys vähenee. Tämä vaatii koko työyhteisön ja sen kaikkien avaintoimijoiden aktivoimista ennaltaehkäisyn toteuttamiseen, ensinnäkin siksi, että näin kaikki voivat aidosti sitoutua yhteisiin tavoitteisiin, ja toiseksi siksi, että näin ennaltaehkäisy on aidosti läsnä työpaikan arjessa. Tärkeä osa hanketta on myös uusien ratkaisujen ideoiminen ja hyvien käytäntöjen julki tuominen: on voitava avoimesti pohtia, millainen on ennaltaehkäisyn kannalta hyvä työpaikka.

Kännikapina

Anki Pulliainen, koulutus- ja julkaisusihteeri
Rahtiuden Ystävät ry
etunimi.sukunimi@raitis.fi

Ehkäisevän päihdetyön ja yksityisten ihmisten yhteistyönä on käynnistynyt kansanliike Kännikapina. Liike tähtää alkoholikulttuurin muutokseen ja se on avoin kaikille ihmisille ja yhteisöille. Kännikapina kyseenalaistaa alkoholin paikan yhteiskunnassamme. Kapinan tavoitteena on Suomi, jossa täysi-ikäinen voi tehdä itsenäisesti omat valintansa ilman muiden ihmisten, mainosten tai median painostusta. Suomi, jossa on vapaus olla selittelemättä selvin päin. Alkoholista on vallalla kansallinen hegemonia; alkoholia, sen asemaa tai alkoholinkäytön mielekkyyttä ei ole kyseenalaistettu. Alkoholin kokonaiskulutus oli asukasta kohti vuonna 2006 10,3 litraa sataprosenttisena alkoholina (Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus, STTV). Alkoholiperäinen sairaus tai alkoholimyrkytys on 15–64 -vuotiailla naisilla ja miehillä yleisin kuolinsyy (Tilastokeskus). On haastava miettiä sellaista tilannetta, mihin alkoholi ei jossain muodossa kuuluisi. Alkoholi liittyy työelämään (matkoilla, juhlassa, illallisilla) sekä kulttuuri- ja urheilutapahtumiin, juhliin, rentoutumiseen ja sosiaaliseen elämään. Suurin osa alkoholista myydään elintarvikeliikkeissä ja anniskelupaikkojen osuus myynnistä on ainoastaan 15,6 % (STTV). Näin ollen perhe-elämä ja alkoholi liittyvät liian usein yhteen.

Kapinan internet- sivut löytyvät osoitteesta www.kannikapina.fi. Sivuilta löytyy mm. ihmisten omia tarinoita alkoholikriittisyydestä, henkilögalleria, testi omasta alkoholiasenteesta sekä Päämajan blogi. Sivujen kautta voi myös tilata julisteita ja ”En usko humalaan”- paitaa.

Kännikapina osallistuu erilaisiin tapahtumiin ja haastaa kaikenikäisiä toimijoita muuttamaan ja kyseenalaistamaan suomalaista alkoholikulttuuria. Mikä työyhteisö muuttaa omaa päihdekulttuuriaan ja lähtee mukaan Kännikapinaan? Tai mikä puolue, lehti, opiskelijajärjestö tai kaupunki uskaltaa omalla esimerkillään osoittaa että alkoholin aika on ohi? Mikä festivaali, kulttuuri tai liikuntatapahtuma uskaltaa rikkoa alkoholin ylivallan? Nyt on aika niiden, jotka ovat heränneet kansakunnan alkoholifantasiasta, lähteä liikkeelle ja vaatia muutosta.

Työttömien terveyden edistäminen

Toimivat terveyspalvelut työttömille

Leini Sinervo, projektipäällikkö
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Stakesissa käynnistyi elokuussa 2007 pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke. Hankekokonaisuudessa on mukana 17 alueellista osahanketta. Osahankkeen toimijat ovat työvoiman palvelukeskuksia (TYP) ja kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimia. Hankekokonaisuuden tavoitteena on tukea työttömien terveydentilan sekä toiminta- ja työkyvyn parantamista.

Työttömien terveyskysymys kytkeytyy väestöryhmien välisiin terveyseroihin, jotka ovat maassamme viime vuosina kasvaneet. Erityisesti ne, jotka ovat sekä aineellisten että kulttuuristen voimavarojen suhteen heikossa asemassa, voivat usein myös terveydellisesti huonommin ja saavat vähemmän terveyspalveluja kuin hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat ryhmät. Useissa kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että työttömät sairastavat muuta väestöä enemmän. Pitkään työttömänä olleet kansalaiset ovat myös tyypillisiä terveyspalvelujen alikäyttäjiä. Pitkäaikaistyöttömät ovat lisäksi eriarvoisessa asemassa suhteessa työssäkäyvään väestöön terveyspalvelujen saannissa, sillä he ovat työterveyshuoltoon liittyvien terveystarkastusten ja muiden niihin liittyvien palvelujen ulkopuolella. Terveydentilan ongelmat ja työkyvyssä olevat puutteet ovat monissa tapauksissa esteenä myös työttömän työllistymiselle.

Työttömien terveyspalvelujen tehostamiseksi vuoden 2007 talousarvioon lisättiin kuntien valtionosuuksiin 1,5 miljoona euroa käytettäväksi vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalveluihin. Lisävaltionosuus maksetaan osana terveydenhuollon laskennallisia kustannuksia siten, että 7–64 -vuotiaiden painokertoimeen lisättiin rahaa 0,75 euroa kyseistä ikäryhmään kuuluvaa asukasta kohden. Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti asiasta kirjeen kunnille keväällä 2007. Kirjeessä korostettiin terveystarkastusten merkitystä ja sitä, että tarkastusten tavoitteena on selvittää muun muassa työllistymistä estäviä tekijöitä. Ministeriön ohjeiden mukaan terveystarkastusten ohessa oli tarkoitus antaa myös tietoja, neuvontaa ja ohjausta terveyteen ja työkykyyn liittyvistä asioista ja terveystarkastusten tulisi liittyä työttömien aktivointitoimintaan ja muodostua osaksi henkilöiden työllistymistä edistävien palvelujen kokonaisuutta.

Ministeriössä valmisteltiin lisäksi yhteistyössä Stakesin, Kansaneläkelaitoksen, Työterveyslaitoksen ja Kansanterveyslaitoksen kanssa Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuus hanke. Rahoituksen piiriin valittiin 17 osahanketta. Stakes vastaa puolitoistavuotisen hankekokonaisuuden hallinnoinnista, koordinoinnista ja arvioinnista. Hankkeen tavoitteena on koota tietoa toimivista pitkäaikaistyöttömien terveydentilan seurantamalleista ja kehittää uusia toimintamalleja pitkäaikaistyöttömien terveydenhuolto-, kuntoutus- ja aktivointipalveluihin. Terveyttä ja työkykyä, työhön paluuta tukevat sekä kuntouttavat ja lääkinälliset toimet ovat osa toimintakokonaisuutta. Hankkeessa tuetaan käytännön toiminnan kehittämistä niin, että kuntien perusterveydenhuollon ja työvoimapolkujen yhteistyötä syvennetään. Työttömien terveystarkastusten toteuttaminen vaatii henkilökunnalta työttömyyden erityiskysymysten, työkyvyn osatekijöiden ja moniammatillisen palvelujärjestelmän tuntemusta. Tavoitteena on, että pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja muut niiden johdosta järjestettävät terveydenhuollon, sosiaalitoimen, työhallinnon ja kuntoutuksen asiakasyhteistyön toimenpiteet sovitetaan palveluketjuna yhteen.

Koulutusinterventio työttömän henkilön terveyden edistämisen välineenä

Latva Irene, lehtori & Hakulinen Antti & Oikarinen Raili & Lyytinen Leena & Ottman-Rautio Tarja
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Terveyden edistämisen ammatillinen toiminta edellyttää tietoista käsitystä siitä, mitä terveys on, mitä terveyden ulottuvuuksia on tavoitteena edistää ja millaiset sosiaaliset, ympäristöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät vaikuttavat terveyden taustalla. Terveyden ja työkyvyn edistämisen suunnitelmallisia toimenpiteitä tarvitaan erityisesti työttömien, puutteellisesti koulutettujen ja nuorten aikuisten keskuudessa.

Tämän koulutusinterventio tarkoitusena oli tuottaa osaamista, jolla voidaan edistää työttömän henkilön terveyttä ja toimintakykyä sekä osaltaan vähentää terveyden eriarvoisuutta. Koulutusinterventio kohderyhmänä olivat työttömiä henkilöitä työssään kohtaavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Tämä koulutuksen kehittämishanke vastaa osaltaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoiman WIRE-3 projektin tavoitteisiin ja sen avulla pyritään siirtämään ja juurruttamaan WIRE projektissa kehitettyä kokonaisvaltaista työllisyysenhoidon mallia ja erityisesti siihen liittyvää työttömän terveystarkastusta osaksi perusterveydenhuollon normaalia toimintaa.

Koulutuksen tavoitteena oli, että osallistujat tiedostavat työttömyyden vaikutuksen ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Lisäksi tavoitteena oli, että he oppivat työskentelemään ennakoivasti arvioimalla ja tunnistamalla työttömän henkilön voimavaroja ja tuen tarpeita sekä kohtaamaan heitä voimavaralähtöisesti. Edelleen osallistujat perehtyivät koulutuksen aikana työttömiä henkilöitä tapaavaan moniammatilliseen toimijaverkoston toimintaan sekä tiedostavat palveluohjauksellisen työotteen käytön merkityksen työssään. Koulutusprosessin päämääränä oli luoda Wire-projektissa kehitettyjen hyvien käytänteiden pohjalta perusterveydenhuoltoon soveltuva palvelu- ja ohjausmalli työttömän työnhakijan työllisyyden ja terveyden edistämiseksi.

Koulutuksen suunnittelu pohjautui konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen sekä kokemukselliseen oppimiseen. Konstruktivistisen ja kokemuksellisen oppimiskäsityksen taustalla on humanistinen ihmiskäsitys, joka näkee ihmisen tavoitteellisena ja aktiivisena tiedon hankkijana ja käsittelijänä. Konstruktivismi korostaa yksión omakohtaista tiedon rakentamista aikaisempien käsitysten ja tietorakenteiden pohjalta. (Tynjälä 2000, Tynjälä, Heikkinen & Huttunen 2005.)

Koulutus toteutettiin monimuoto-opetuksena, joka koostui ennakkotehtävästä, välitehtävästä sekä kahdesta neljä tuntia kestävästä koulutusiltapäivästä, joista käytetään nimitystä workshop-päivä. Workshop-päivien välillä oli kahdesta neljään viikkoon kestävä itsenäisen työskentelyn ajanjakso. Koulutus on toteutettu kevään 2007 aikana kolme kertaa. Koulutuksen arviointi on tapahtunut jatkuvana itsearviointina koulutuksen aikana. Lisäksi koulutuksesta kerättiin koulutuspalautteita Jyväskylän ammattikorkeakoulun kehittämissyksikön lomakkeella. Palautteissa koulutukseen kokonaisuutena oltiin hyvin tyytyväisiä ja koulutukselle asetetut tavoitteet todettiin saavutetuiksi. Erityisen tyytyväiset osallistujat olivat koulutuksen käytännölläisyyteen sekä yhteisiin keskusteluihin.

Työttömän työnhakijan terveystarkastus perusterveydenhuollossa

Raili Oikarinen, hoitotyön johtaja, Jyväskylän kaupunki & Antti Hakulinen, projektipäällikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu & Taina Kukkonen, vastaava sairaanhoitaja, Jyväskylän kaupunki
etunimi.sukunimi@jkl.fi

Taustaa

Jyväskylässä on työttömyysaste huomattavan korkea (11,7 %) ja työttömyys ilmenee nimenomaan rakennetyöttömyytenä, pitkäaikaistyöttömiä oli yhteensä 1321 marraskuussa 2007. Jyväskylän kaupungissa ja ympäristökunnissa on toiminut WIRE-projekti (Verkostoista Voimaa Inhimillisiin Ratkaisuihin Elämässä) Jyväskylän ammattikorkeakoulun kaupungin ja ympäröivien kuntien yhteisenä hankkeena n.10 vuotta. WIRE 1 ja WIRE 2 - hankkeita seurannut, vuoden 2007 lopussa päättyvä WIRE 3 -hanke on Euroopan Sosiaalirahaston rahoittama ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoima verkostohanke. Hankkeen keskeisin tavoite on varmistaa, että kehitetyt työvoiman saannin turvaamisen ja työllistämisen toimintamallit siirtyvät osaksi peruspalvelujärjestelmää. Kehittämistyö on tehty yhteistyössä yritysten ja kuntien kanssa.

Wire-projektissa on tutkittu työttömien työkykyä ja terveydentilaa ja kehitetty työttömän henkilön terveystarkastusmalli. Vuonna 2005 alkoi suunnittelu siitä, miten työttömien terveyspalvelut turvataan jatkossa perusterveydenhuollon normaalitoimintana. Tavoitteena oli kehittää työtapaa, jossa korostuvat työttömyyden erityispiirteiden kartoittaminen vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, työttömän työnhakijan voimavarojen sekä terveystarkastuksen tunnistaminen ja työttömän henkilön rohkaisu ja kannustaminen aktiivisuuteen ja itsehoitoon sekä sitä kautta parempaan oteeseen omasta elämästään.

Kehitystyön toteutus

Jyväskylän kaupungin avosairaanhoidon toimintayksikössä päätettiin kehittää WIRE:n terveystarkastusmallia mukaillen vastaanotto toimintaan soveltuva, oma terveystarkastusmalli, jossa keskeistä on asiakkaan työstatuksen tunnistaminen, voimavara lähtöinen kohtaaminen ja palveluohjauksellinen työote. Keskeisinä toimijoina ovat vastaanottotyössä toimivat sairaanhoitajat. Terveystarkastusmalli kehitettiin ja testattiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun täydennyskoulutusyksikön tuella toimintatutkimuksen menetelmin.

Kehitystyö toteutettiin kaupungin itäisen alueen, Huhtasuon terveysaseman henkilökunnan kanssa moniammatillisesti. Työttömyys tuo erityisesti tällä alueella haasteita paitsi alueen julkisiin palveluihin, myös kolmannen sektorin toimintaan. Kehitystyöhön haastettiin mukaan terveystoimen lisäksi yhteistyökumppaneita: sosiaalityö, Kansaneläkelaitos, Työvoimahallinto, seurakunta ja kolmannen sektorin toimijoita. Suunnittelun pohjaksi laadittiin alueella Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijatyönä yhteisöanalyysi.

Terveystarkastus sisältää terveystarkastustalon, normaalit perustutkimukset ja fysiologiset mittaukset, suun terveydentilan arvioinnin ja voimavarojen, elämäntilanteen ja terveystarkastuksen kartoituksen henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaan. Elintapaohjaus sisältyy jokaiseen terveystarkastukseen ja sitä jatketaan yksilöllisesti. Sosiaalityöntekijöiden kanssa keskustellaan hoidosta aiheutuvista taloudellisista esteistä. Palveluohjauksellinen työote sisältää jatkotoimenpiteiden suunnittelun. Tarvittaessa työtön henkilö ohjataan eri yhteistyökumppaneille tutkimuksiin, hoitoon tai erilaisiin aktiviteetteihin.

Pohdinta

Terveystarkastusmallin kehittäminen on lisännyt henkilöstön valmiuksia ottaa puheeksi henkilön työstatus ja tunnistaa työttömyyden aiheuttamia terveystarkastusriskejä ja ymmärtää arkielämän selviytymisen haasteet.

Palveluohjauksellinen työote terveystalan ammattilaisen työssä

Laura-Emilia Vainio & Marjo Eronen, terveydenhoitajaopiskelija
Jyväskylän amk
laura-emilia.saimanen.sho@jamk.fi

Wire- projektin (Verkostoista Voimaa Inhimillisiin Ratkaisuihin Elämässä) päällimmäisenä tavoitteena on ollut pitkäaikais-työttömien henkilöiden työllistyminen, heidän työ- ja toimintakykynsä edistäminen ja elämänhallinnan tukeminen. Yhtenä tavoitteena on lisäksi se, että sosiaali- ja terveystalan työntekijät tiedostavat palveluohjauksellisen työotteen merkityksen työssään. Palveluohjaus on toimintamalli, jossa työskennellään suunnitelmallisesti, jotta asiakas saa tarpeisiinsa vastaavan tuen ja palvelun. Siinä huomioidaan asiakkaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti voimavaroineen. Yksilökohtainen palveluohjaus on asiakaslähtöinen työskentelytapa, jossa tavoitteena on asiakkaan oma elämänhallinnan vahvistuminen, johon pyritään asiakkaan ja työntekijän yhteistyöllä. Olennaista on asiakkaan oma osallistuminen sekä hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen. Asiakkaan kanssa tehtävän työn ohella palveluohjaus on myös asiakkaan saamien palvelujen ja tukimuotojen yhteensovittamista ja koordinoimista. Palveluohjauksen keskeisiä piirteitä ovat asiakaskeskeisyys, yksilöllisyys, tarvelähtöisyys, vastuullisuus, asiakas-työntekijä - suhteen jatkuvuus ja asiakkaan osallistumismahdollisuudet.

Palveluohjausprosessiin kuuluu viisi vaihetta, joita ovat asiakkaiden valikoituminen palveluihin, asiakkaan palvelutarpeen arviointi, palveluiden suunnittelu ja järjestäminen, palvelutavoitteiden seuranta ja palveluiden korjaaminen ja palvelujen päätyminen. Opinnäytetyömme kuvaa terveystalan ammattilaisten kokemuksia työttömän työnhakijan palveluohjauksesta ja sen kehittämisestä. Tutkimusaineistostamme nousi esiin palveluohjauksen vaiheet ja sen kehittämistarpeet. Palveluohjauksellisen työotteen ja prosessin vaihteita on nähtävissä työntekijöiden kohdatessa työttömiä asiakkaita. Terveystalan ammattilaisten vastauksista ilmeni, että palveluohjausprosessin kaikki vaiheet eivät aina toteudu kovin tietoisesti ja suunnitelmallisesti heidän työskentelyssään. Ehkä parhaiten toteutui asiakkaan tarpeen arviointi. Tarvetta pyrittiin arvioimaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan toiveita kuunnellen. Tässä ei kuitenkaan aina onnistuttu, koska usein arviointi kuitenkin painottui fyysisiin asioihin. Lisäksi kiire rajoitti monipuolista arviointia. Vähiten toteutui palvelutavoitteiden seuranta ja palveluiden korjaaminen. Asiakkaan siirtyessä toiseen organisaatioon myös vastuu monesti siirtyi sinne. Työntekijä ei siis useinkaan seurannut palvelutavoitteiden toteutumista tästä eteenpäin. Terveystalan ammattilaiset näkivät palveluohjauksen erilaisten palveluiden tarjoamiseksi ja vaihtoehdoista kertomiseksi. Työntekijät pitivät palveluohjauksellisessa työotteessa tärkeänä kokonaisvaltaista työttömän asiakkaan huomioimista, jossa asiakkaan koko elämäntilanne pyritään selvittämään palvelutarvetta arvioidessa. Tarvetta arvioitiin avointa keskustelua ja havainnointia käyttäen. Asiakkaan kanssa työskentelyssä olennaista työntekijöiden mielestä on yksilöllinen kohtaaminen, tarpeiden kuuntelu, tukeminen sekä asiakkaan mukana oleminen. Työntekijät näkivät omaksi roolikseen olla tukijoita ja kannustajia asiakkaille. Tärkeänä pidettiin asiakkaan vastuuttamista ja kannustamista aktiiviseen rooliin asioidensa hoitamiseksi. Myös asiakkaan itsemääräämisoikeutta pidettiin tärkeänä.

Opinnäytetyöstämme nousi esiin neljä keskeistä palveluohjauksen kehittämishaastetta. Näitä ovat koulutuksen tarve palveluohjauksessa, yhteistyön kehittämisen tarve eri organisaatioiden työntekijöiden välillä ja vuorovaikutussuhteen kehittäminen työntekijän ja työttömän välillä. Yhtenä kehittämishaasteena tutkimusaineistosta nousi esiin myös se, että joissakin tilanteissa palveluohjaus on hyödytöntä joko työntekijän tai asiakkaan asenteesta johtuen.

Muut

Ympäristö ja kansanterveys

Kurenniemi, Marja, erikoissuunnittelija
Stakes
marja@kurenniemi.fi

Ympäristön terveysvaikutusten hahmottamisessa auttaa terveysvaikutusten jakaminen kolmeen toimintatapaan:

- sairauksien ja tapaturmien hoito
- sairauksien ja tapaturmien ehkäisy
- terveyden edistäminen.

Sairauksien ja tapaturmien hoidossa ympäristö merkitsee hoitoympäristöjen laatua niin laitoksissa kuin kodeissa. Yhdyskuntarakenne määrittelee hoitotilojen sijainnin ja tavoitettavuuden. Kuntoutuksessa ovat tärkeää laitosten lisäksi arjen ympäristöt niin asunnoissa kuin asuinympäristöissä. Sairauksien ehkäisyssä tehdään runsaasti työtä ympäristöterveysalueella. Ilman, veden, elintarvikkeiden jne. puhtaus ovat näitä tekijöitä. Koti- ja vapaa-ajan, liikenne-, työtapaturmien jne. ehkäisyssä ympäristöllä on tärkeä merkitys. Terveyden edistämistä ovat tämän jaottelun mukaan kaikki ne terveyteen vaikuttavat toimenpiteet, jotka eivät sijoitu kahden edellä mainittuun ryhmään, siis sairauksien ja tapaturmien hoitoon tai ehkäisyyn.

Ympäristön vaikutuksiin kuuluvat silloin sellaiset asiat kuin virkistävä ja viihtyisä ympäristö, liikunnan mahdollistava ja liikuntaan innostava ympäristö, myönteisiä sosiaalisia suhteita edistävä ympäristö niin lähipiirissä kuin laajemminkin. Lähes kaikilla toimenpiteillä on joi-tain vaikutuksia terveyteen, yhteen tai useampaan edellä mainituista kolmesta ryhmästä. Eräänä esimerkkinä olen tarkastellut niin tavanomaista toimintaa kuin siivous. Hygienia ja järjestys edistävät niin hoitoa kuin ehkäisevät sairauksia ja tapaturmia. Terveyden edistämistä taas on hoidettujen ja siistien tilojen tuottama mielihyvä.

Terveysvaikutusten arviointi, mallina kestävän kehityksen arviointimittaristo

Kurenniemi, Marja, erikoissuunnittelija
Stakes
marja@kurenniemi.fi

Tampereen kaupunki on kehittänyt kestävän kehityksen arviointimittariston, jonka avulla arvioidaan laajojen suunnitelmien, ohjelmien ja hankkeiden vaikutusta kestäväan kehitykseen. Mittaristo muodostuu neljästä ryhmästä: ekologinen, sosiaalinen, kulttuurinen ja taloudellinen kestävyys. Mittaristo laadittiin laajan, monialaisen työn avulla. Kukin neljästä mittariston ryhmästä on muodostettu 10–30 arviointikriteeristä, yhteensä kriteereitä on 71.

Stakesissa mittaristoa tarkasteltiin sen suhteen, mitä vaikutuksia eri kriteereillä saattaa olla terveyteen ja miten työtapaa voidaan kehittää terveystvaikutusten arvioimisen välineeksi. Terveystvaikutukset jaettiin neljään ryhmään:

- vaikutukset sairauksien ja tapaturmien hoitoon
- vaikutukset sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn
- vaikutukset terveyden ja elämänlaadun edistämiseen
- vaikutukset terveyden tasa-arvoon.

Noin 70 prosentilla kestävän kehityksen arviointikriteereistä oli terveystvaikutuksia. Kaikilla sosiaalisen ja kulttuurisen kestävyuden kriteereillä oli terveystvaikutuksia. Hoitoon oli vaikutusta 10 prosentilla, ehkäisyyn 35 prosentilla, terveyden edistämiseen 50 prosentilla ja terveyden tasa-arvoon 66 prosentilla kriteereistä. Mittaristo on luotu kestävän kehityksen näkökulmasta. Jotta se toimisi terveystvaikutusten arvioinnissa, tulee kriteerit kehittää vastaavalla monialaisella yhteistyöllä kuin kestävän kehityksen mittaristo on luotu. Tampereella arviointimallia kehitetään edelleen.

Lisätiedot: Kirsi Hämäläinen; sähköposti etunimi.sukunimi@tampere.fi

Kustannusvertailut päätöksenteossa

Kurenniemi, Marja, erikoissuunnittelija
Stakes
marja@kurenniemi.fi

Laskentamallin avulla voidaan vertailla toisiinsa suuria kertakustannuksia, kuten rakennushankkeita, jatkuviin kustannuksiin, esimerkiksi palvelukustannuksiin.

Tässä esitellään kolme esimerkkiä,

- 1) Iiomantsin asuntojen korjauksen vaikutus kotipalvelujen tarpeeseen ja kustannuksiin,
- 2) pesuhuoneen korjauksen vaikutusta palvelukeskuskäynteihin sekä
- 3) lapsiperheen varhaisen tuen kustannuksia koulukotisijoitukseen.

Iiomantsin tulokset perustuvat tapahtuneeseen asuntojen korjaukseen. Kaksi muuta laskentamallia esittelevät menetelmän soveltamista erilaisissa tilanteissa. Iiomantsin asuntojen korjauksen ja pesuhuoneiden korjauksen laskentaesimerkeissä rakennuskustannukset muutetaan vuosikustannuksiksi. Rakennuskustannuksissa on käyttöajaksi otettu viisi vuotta ja korkona käytetty viisi prosenttia. Yksinkertaisimmillaan vuosikustannuksen voi laskea jakamalla kokonaiskustannus käyttövuosilla, vuosikorko taas lasketaan puolelle kokonaiskustannuksesta. Palveluiden vuosikustannukset Iiomantsin esimerkissä perustuivat sosiaalitoimen tekemään arviointiin. Pesuhuonekorjauksen esimerkissä korjauksen vaihtoehdoksi otettiin viikoittainen saunassa käynti palvelukeskuksessa ja näitä kustannuksia verrattiin keskenään.

Lapsiperheen varhaisen tuen malli perustuu kahden työntekijän työpanokseen. Joko panos käytetään yhden lapsen tarvitsemaan tukeen koulukodissa tai sitten useammalle perheelle annettavana varhaisena tukena. Tässä esimerkissä vaikeuksia tuottaa sen selvittäminen, mitä vaikutuksia tämän suuruisella tuella on koulukotisijoituksen ehkäisemisessä. Kustannuksia ja laatua ei mallin mukaan lasketa yhteen vaan verrataan keskenään. Vertailu ei tuota vaikeuksia, mikäli parempi vaihtoehto on myös halvempi. Silloin kun parempi vaihtoehto on kalliimpi, ratkaisun perusteena ovat ainakin arvot, maksuhalukkuus ja pitkän ajan seurausvaikutukset.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiointin esteettömyyden laatu luokitus

Sari Valjakka & Matti Ojala & Päivi Nurmi-Koikkalainen & Johanna Peltonen
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Esteettömät palvelut ovat osa laadukasta ja tasa-arvoista palvelutoimintaa. Palvelutilojen esteettömyys voi olla yksi palvelujen valintaan, suunnitteluun ja hankintaan vaikuttava kriteeri. Stakesin kehittämän Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiointin esteettömyysluokituksen avulla palveluyksiköt voivat arvioida asiointiin liittyvien toimitilojen esteettömyyttä.

Palveluyksikön tiedot kerätään ja koodataan yhtenäisellä ja systemaattisella tavalla. Asiointin esteettömyysluokitus ja siihen liittyvät työvälineet ovat käytettävissä pilottitarkoituksiin kansallisen koodistopalvelimen testipuolella (<http://koodistopalvelu.stakes.fi>) vuoden 2008 alusta lähtien.

Luokituksessa esteettömyyttä arvioidaan seitsemällä eri osa-alueella. Kullekin osa-alueelle on kehitetty kriteerit, joiden avulla esteettömyyttä arvioidaan. Liikkumiseste, näkövammaisuus, kuulon heikkous ja ymmärtämisen ongelmat otetaan huomioon viisiportaisessa asteikossa: 1) esteellinen 2) merkittäviä esteitä 3) määräysten mukainen esteettömyys 4) esteetön 5) esteettömyyden superluokka Esteettömyystiedoista hyötyvät sekä asiakkaat että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Palveluyksikköjen esteettömyystiedot voidaan koota perustettavaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorekisteriin. Tietoja voidaan hyödyntää asiakkaille ja ammattilaisille suunnatuissa sähköisissä palveluissa, esimerkiksi kuntien ja palveluyksiköiden verkkosivuilla. Asiakkaat voisivat hakea internetistä tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen esteettömyydestä ja saavutettavuudesta. Kuntien palveluja, ostopalveluja ja asiakkaan jatkopalveluja suunnittelevat ammattilaiset saavat arviointitietoa palvelujen esteettömyydestä päätöksenteon tueksi. Luokitus voi olla myös apuna erilaisissa tila-arvioinneissa esimerkiksi peruskorjausten tai tarkastusten aikana.

Lisätietoja: esteeton.luokitus@stakes.fi

Sosiaaliset yritykset hyvinvointipalvelujen tuottajina

Eveliina Pöyhönen, projektipäällikkö & Leini Sinervo, suunnittelija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Sosiaaliset yritykset tuovat uusia mahdollisuuksia hyvinvointipalveluiden tuottamiseen. Väestörakenteen kehitys ja kasvava työvoiman kysyntä lisäävät tarvetta uudelleenlaisille palveluvaihtoehdoille ja työvoimareservien käyttöönnotolle. Hyvinvointisektorilla palvelujen tarpeen odotetaan tulevaisuudessa entisestään kasvavan. Tämä kehitys tarjoaa uusia liiketoimintamahdollisuuksia myös sosiaalisille yrityksille. Esimerkiksi tukipalveluiden tuottamisessa kunnat ja sosiaaliset yritykset voivat tehdä yhteistyötä uudella ja innovatiivisella tavalla. Sosiaalisilla yrityksillä onkin mahdollisuus toimia merkittävinä palvelujentuottajina kuntasektorilla, tärkeä tekijä on poliittinen tahto ja tuki.

Sosiaaliset yritykset edistävät toiminnallaan yhteiskunnan integraatiota, tasa-arvoa ja hyvinvointia. Sosiaalisten yritysten yhteiskuntavastuu ilmenee näkyvimmin työllistämistoiminnan kautta. Palveluntuotannon lisäksi yritykset työllistävät osatyökykyisiä ja pitkäaikaistyöttömiä henkilöitä. Yhteiskunta maksaa yrityksille palkkatukea, jolla kompensoidaan työllistettyjen henkilöiden alentunutta työkykyä ja tuottavuutta. Sosiaaliset yritykset tuottavat markkinoille tavaroita ja palveluita liiketaloudellisesti kannattavasti. Yritystoiminnan ytimessä on työntekijöiden hyvinvoinnin ja osallisuuden vaaliminen sekä laadukas ja luotettava palveluiden tuotanto.

Kunnat voivat ryhtyä yhteistyöhön sosiaalisten yritysten kanssa tai perustaa itse sosiaalisen yrityksen. Kunnat voivat myös tukea sosiaalisia ja muita yhteiskuntavastuullisia yrityksiä ottamalla sosiaaliset kriteerit käyttöön hankinnoissaan hinta-, laatu- ja ympäristökriteereiden rinnalle. Sosiaalisten kriteerien käyttö edistää tärkeiden yhteiskunnallisten päämäärien saavuttamista ja toteuttamista. Hankinnat voivat toimia strategisena työkaluna julkiselle sektorille sen tavoitellessa tuloksia esimerkiksi työllisyyden, paikallistalouden tai syrjäytymiskehityksen hoidossa. Espoon kaupunki on toiminut tässä suhteessa pioneerinä ja sisällyttänyt ensimmäisenä kuntana sosiaaliset kriteerit hyvinvointipalveluiden kilpailutukseen.

Stakesin koordinoimassa HOT-hankkeessa (2005–2008) on tuettu ja edistetty sosiaalisten yritysten toimintaa hyvinvointisektorilla ja kehitetty uudenlaista kumppanuutta kunnallisen ja yksityisen sektorin välille. Hankkeen yhteydessä on edistetty sosiaalisten kriteerien käyttöönottoa julkisissa hankinnoissa ja kartoitettu sosiaalisten vaikutusten mittaamisen tapoja. Sosiaalisten vaikutusten mittaamisen kautta saadaan näkyviin yritystoiminnan kokonaistaloudellisia hyötyjä sekä inhimilliseltä että kuntatalouden kannalta. HOT-hankkeessa on myös kehitetty sosiaalisen yritystoiminnan koulutusmallia ja luotu eettinen työkalupakki sosiaalisille yrityksille. Hankkeen aikana on perustettu uusia sosiaalisia yrityksiä yhteistyökumppaneina toimiviin kaupunkeihin Espooseen, Helsinkiin, Turkuun ja Ouluun. Hankkeen yhteydessä toimineen Sosiaalisen yritystoiminnan Forum SYFo:n toiminnan vakinaistamiseksi on perustettu Sosiaalisen yritystoiminnan kehittämiskeskus SYFo Oy, joka rakentaa siltaa sosiaalisen ja taloudellisen toiminnan välille.

HOT-hanke on osa Equal-yhteisöaloiteohjelmaa, jota rahoittaa Euroopan sosiaalirahasto (ESR).

Lisätietoja: www.hothanke.fi / www.syfo.fi

Sydänmerkkiateria tekee terveelliset lounasvalinnat helpoiksi

Pirjo Koivisto, ravitsemusasiantuntija & Mari Olli, tuotepäällikkö & Marjaana Lahti-Koski, kehittämisspäällikkö
Suomen Sydänliitto ry
etunimi.sukunimi@sydanliitto.fi

Tavoitteena ravitsemuksellisen laadun varmistaminen lounastarjonnassa

Maassamme tarjotaan päivittäin noin kaksi miljoonaa suurkeittiöiden valmistamaa ateriaa. Lounasruokailu on väestön terveyden kannalta erityisen merkityksellinen, koska se on suurelle osalle päivän pääateria. Suomen Sydänliiton joukkoruokailun kehittämishankkeen tavoitteena on varmistaa, että kaikilla suomalaisilla, jotka päivittäin aterioivat kodin ulkopuolella: työkäisillä, opiskelijoilla, koululaisilla ja päiväkotikäisillä on mahdollisuus aterioida terveellisesti arkipäivän aikana. Hanke tuottaa ammattikeittiöille keinoja ruoan ravitsemuksellisen laadun parantamiseksi. Tavoitteena on myös lisätä valtakunnallisesti terveellisten ruokapalveluiden tarjontaa ja kysyntää.

Keinona Sydänmerkki-ateria

Sydänmerkki -ateriajärjestelmä on osa tätä hanketta. Joukkoruokailun kehittämishankkeessa luotiin vuonna 2007 terveellisen ateriatarjonnan apuvälineeksi merkitsemisjärjestelmä, jossa ruokailijaa ohjataan tekemään parempia valintoja kodin ulkopuolella ruokaillessaan. Merkiksi valittiin elintarvikepakkauksista tuttu Sydänmerkki. Sydänmerkki-ateria -tunnuksin merkityt pääruoat ja aterian osat auttavat ruokailijaa valitsemaan ja koostamaan entistä helpommin rasvan ja suolan suhteen ravitsemussuositusten mukaisia aterioita ja siten edistämään terveyttään. Ruokapalvelulle Sydänmerkkiateria – järjestelmä tarkoine ohjeineen antaa helpon tavan valmistaa ravitsemussuositukset täyttäviä aterioita. Kun ateriakokonaisuus täyttää järjestelmään luodut ravitsemussuositusten mukaiset kriteerit, ja hakemus on hyväksytty Sydänliitossa, voi niin ruokailusta päättävä kuin ruoan tarjoajakin olla varma ruoan terveellisyydestä. Merkinnän avulla ruoanvalmistaja voi välittää ruokailijalle paikkansapitävää tietoa maukaasta ja terveellisestä ateriasta. Ruokapalveluiden tilaajille ja niistä päättävälle merkintäjärjestelmä on helppo tapa vaatia laatua sekä keino parantaa ihmisten jaksamista ja hyvinvointia – osoittaa välittämistä.

Tavoitteena on saada järjestelmä laajasti käyttöön ammattikeittiöissä ja lisätä samalla kuluttajien tietoisuutta Sydänmerkistä ateriavalintojen perustana. Lisäksi tavoitteena on saada elintarviketeollisuus luomaan ravintosisällöltään parempia ruokaohjeita ja kehittämään ja merkitsemään niihin sopivia Sydänmerkki-suurkeittiötuotteita. Aterijärjestelmä on testattu vuoden 2007 aikana, ja se on nyt valmis käyttöön. Perustana suurkeittiön ravitsemuksellista tasoa kuvaavat kriteerit Sydänmerkki -ateriajärjestelmä pohjautuu suurkeittiöiden valmistaman ruoan ravitsemuksellisen laadun seurantaan kehitettyihin ”Arkilounas” -kriteereihin. Nämä kriteerit syntyivät Sydänliiton ja Kansanterveyslaitoksen vuonna 2004 tekemän selvityksen pohjalta, jossa kartoitettiin suomalaisissa suurkeittiöissä tarjottavan ruoan ravitsemuksellista laatua ja laatua parantavia tai heikentäviä tekijöitä. Kriteerit laadittiin käytössä olevat ruoanvalmistustavat ja elintarvikevalikoimat huomioon ottaen. Arkilounas -kriteereillä voidaan arvioida ruoan laatua, mutta ei saada tietoa aterioiden ravintoainepitoisuuksista. Kehitetty kriteeristö muodostaa perustason, jonka pitäisi toteutua hyvin jokaisessa keittiössä. Se on sisällytetty mm Valtion ravitsemusneuvottelukunnan uuteen kouluruokailusuositukseen. Sydänmerkki -ateriaa määrittävät kriteerit ovat tarkemmat, niiden täytyminen lasketaan ruoka- ja ravintoainekohtaisesti, ja niiden avulla voidaan informoida myös asiakasta.

Lisätietoja: www.sydanmerkki.fi ; www.sydanliitto.fi/ruokapalvelut

Liikuntavammojen ehkäisy

Hannele Hiilloskorpi, kehittämisspäällikkö & Jari Parkkari, ylilääkäri
 UKK-instituutti, Tampereen Urheilulääkäriasema
 etunimi.sukunimi@uta.fi

Liikuntavammojen Valtakunnallinen Ehkäisyohjelma (LiVE) edistää terveellistä ja turvallista liikuntaa. Liikunnan hyödyt terveydelle ovat kiistattomia, mutta liikunnan harrastamisessa piilee myös vaaroja: Liikuntavammat ovat suurin tapaturmaluokka Suomessa. Monet vammoista voidaan ehkäistä, kun liikunnassa ja urheilussa kiinnitetään huomiota oikeisiin asioihin.

Tavoitteena terveellinen ja turvallinen liikunta

Maaliskuussa 2006 käynnistynyt Liikuntavammojen Valtakunnallinen Ehkäisyohjelma (LiVE) tarjoaa terveys- ja kuntoliikkuville sekä urheilijoille tietoa ja taitoa terveellisestä ja turvallisesta liikunnasta. Ohjelman tavoitteena on edistää hyviä liikuntatottumuksia ja vähentää liikunnasta aiheutuneita tapaturmia ja vammoja. Ohjelmaa koordinoi UKK-instituutti. LiVE -ohjelmassa suunnitellaan, koordinoidaan ja toteutetaan terveelliseen ja turvalliseen liikuntaan tähtääviä toimintamalleja. Ensimmäisenä on käynnistynyt TERVE URHEILIJIA -ohjelma, jonka kohderyhmiä ovat urheiluseuroissa liikkuvat lapset ja nuoret, heidän valmentajansa ja ohjaajansa sekä huoltojoukot. Toinen osaohjelma, TERVE LIIKKUJA, tähtää liikuntaa aloittelevien, mutta myös kokeneiden kuntoilijoiden liikuntaturvallisuuden edistämiseen. Ohjelmassa korostuu elämänkaariajattelu, ja pääkohderyhmät ovat perusterveydenhuolto, oppilaitokset sekä työpaikat.

Liikuntavammojen ehkäisyyn liittyvässä viestinnässä keskeisenä kanavana toimii www.terveliikkuja.fi -sivusto. Tämän lisäksi ohjelmissa tuotetaan koulutus- ja opasmateriaalikonkaisuuksia. Kohderyhmänä ovat lasten ja nuorten liikunnan ohjaajat ja valmentajat.

Kipinä liikunnalliseen elämäntapaan syntyy useimmiten lapsuuden ja nuoruuden liikuntakokemuksista. Kansallisen Liikuntatutkimuksen (2005—2006) mukaan lähes puolet 3—18-vuotiaista lapsista ja nuorista on mukana seurojen toiminnassa. Urheiluseuroilla on siis vahva rooli lasten ja nuorten liikuntatottumusten muokkaajana. Terve Urheilija -ohjelma edistää valmennus- ja ohjauskulttuuria, joka tukee nuorten urheilijoiden ja liikuntaa harrastavien lasten hyvää terveyttä. Ohjelma vie liikuntaturvallisuutta edistäviä käytäntöjä seuroihin, sekä harrasteliikuntaan että kilpailutavoitteisesti harjoittelevien lasten ja nuorten pariin. Tavoite on, että nuorena opitut hyvät tavat tarttuvat ja tottumukset siirtyvät myös aikuisiällä jatkuvaan kuntoliikuntaan sekä mahdolliseen huippu-urheiluun. Liikuntavammojen ehkäisy ei ole yksittäinen niksi vaan ennemminkin tapa toimia. Terve Urheilija -ohjelman sisältö löytyy kymppiymyrästä, josta ohjaajat ja valmentajat voivat ammentaa tietoa ja käytännön taitoja toimintansa tueksi.

Kymppiymyrä - tavoitteena terve urheilija

Terve Urheilija -ohjelma jalkautuu seuroihin. Elokuun lopussa 2007 alkoi UKK-instituutin ja Varalan Urheiluopiston yhteistyönä Terve Urheilija -ohjelman kouluttajakoulutus. Tähän ”Kymppikouluttajakoulutukseen” osallistui 15 liikunnan ammattilaista kymmenestä lajista. Ensimmäiset ’Kymppikouluttajat’ kouluttavat valmentajia, huoltojoukkoja ja urheilijoita vuoden 2008 alusta seurojen ja lajiliittojen koulutuksissa. Alkuvaiheessa kouluttajia voi rekrytoida UKK-instituutin, Varalan Urheiluopiston ja Hämeen Liikunnan ja Urheilun (HLU) kautta. LiVE-ohjelman kehittämistyössä ovat UKK-instituutin lisäksi mukana KTL, Varalan Urheiluopisto, Valtakunnallinen valmentaja- ja ohjaajakoulutuksen kehittämisohjelma (VOK), SLU, Nuori Suomi, Olympiakomitea, Suomen Valmentajat, Kuntoliikuntaliitto, Jyväskylän Yliopisto, Suomen Urheilufysioterapeutit ja urheilun lajiliitot.

Miten pysyisimme pystyssä? -kampanja

Vuorenpää Joonas, viestintäpäällikkö & Koskinen Mirka, suunnittelija
Finanssialan keskusliitto
etunimi.sukunimi@fkl.fi

Kotitapaturmien ehkäisykampanjan toteuttaa tammi-helmikuussa 2008 Miten pysyisimme pystyssä? -jalankulun turvallisuuskampanjan. Tarkoituksena on kiinnittää väestön, asiantuntijoiden sekä päättäjien huomiota liukastumis- ja kaatumisongelmaan Suomessa. Näkökulma on jalankulun turvallisuutta edistävä.

Kaatumalla kuolee vuosittain 1100 suomalaista ja noin 50 000 joutuu hakeutumaan liukastututtuaan sairaalahoitoon. Liukastuminen on jalankulkijoiden yleisin tapaturma talvikelissä. Miten pysyisimme pystyssä? -kampanjan myötä esille nostetaan laaja kirjo jalankulun turvallisuuteen liittyviä näkökohtia mm. liukuesteiden, turvallisten jalkineiden ja lonkkasuojainten käytöstä, liikuntakyvyn ylläpidosta, jalankulkusääasiaa, katujen ja pihojen kunnossapitokysymyksiä sekä heijastininfoa.

Kampanjassa ovat mukana:

Kotitapaturmien ehkäisykampanja, www.kotitapaturma.fi

Liikenne- ja viestintäministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriö

Ilmatieteen laitos

Työterveyslaitos

Finanssialan keskusliitto

Liikenneturva

Taitavat Suutarit ry.

Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta Suomessa

Martikainen Pekka, vt. professori & Remes Hanna, tutkija & Valkonen Tapani,
professori emeritus
Helsingin yliopisto, sosiologian laitos
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

Tausta ja tavoitteet

Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen on asetettu yhdeksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman päätavoitteista. Kuolleisuuserojen tehokas seuranta on välttämätöntä arvioitaessa tämän tavoitteen saavuttamista ja kuolleisuuserojen kaventamiseen tähtäävien kansallisten hankkeiden vaikuttavuutta. Kuolleisuustietoja käytetään myös sosioekonomisten terveyserojen alueellisen seurannan kehittämishankkeissa yhteistyössä TEROKA-hankkeen kanssa (www.teroka.fi - toiminta - kuntayhteistyö). Terveys 2015 -ohjelmaan kirjatut sosioekonomisia kuolleisuuseroja koskevat tavoitteet on asetettu Helsingin yliopiston sosiologian laitoksella tehtyjen raporttien pohjalta. Vuodesta 2006 laitoksella toimiva tutkimusryhmä on toiminut yhteistyössä KTL:n kanssa STM:n rahoituksella. Kuolleisuuserojen seuranta perustuu yhdessä Tilastokeskuksen kanssa muodostettuun vuodesta 1971 vuoteen 2005 ulottuvaan laajaan rekisteriaineistoon. Seurannassa käytetään kuolleisuuslukuja ja elinajanodotteita, ja sosiaaliryhmien välisiä kuolleisuuseroja tarkastellaan erikseen sukupuolen, ikäryhmän ja kuolemansyyn mukaan.

Keskeisiä tuloksia

Sosiaaliryhmien väliset elinajanodotteiden erot suurenivat huomattavasti sekä miehillä että naisilla 1980- ja 1990-luvuilla. Tärkein syy tähän oli verenkiertoelintautikuolleisuuden nopeampi aleneminen ylemmillä toimihenkilöillä kuin työntekijöillä, lisäksi alkoholiin liittyvä kuolleisuus lisääntyi työntekijämiehillä mutta ei ylemmillä toimihenkilöillä. Tarkasteltaessa 35-vuotiaiden elinajanodotteita miehillä ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden ero kasvoi jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 0,4 vuodella, ja naisilla 0,2 vuodella. Jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 ero pysyi miehillä likimäärin muuttumattomana, mutta naisilla elinajanodotteiden eron kasvu jatkui hieman hidastuneena vielä 2000-luvun alkuvuosina. Verenkiertoelintautikuolleisuuden vaikutus elinajanodote-eron muutokseen oli 2000-luvulla pienempi kuin aikaisemmin, sen sijaan kuolleisuus muihin syöpiin kuin keuhkosityöpään ja rintasyöpään kasvatti sosiaaliryhmien välistä elinajanodote-eroa entistä enemmän. Lasten ja nuorten aikuisten kuolleisuuden seuranta jaksolla 1990–2004 osoitti vanhempien koulutusasteen olevan yhteydessä kuolleisuuteen molemmilla sukupuolilla. Suurimmillaan suhteelliset erot olivat ikäryhmässä 1–4-v., jossa perusasteen koulutuksen saaneiden vanhempien lasten kuolleisuus oli yli kaksinkertainen korkeasti koulutettujen lapsiin verrattuna, ja toisaalta 15–24-vuotiailla miehillä, joilla tapaturmakuolleisuus on erityisen korkealla tasolla. Lasten ja nuorten kuolleisuuseroissa ei havaittu selkeitä muutoksia 15 vuoden aikana.

Pohdinta

Vaikka kuolleisuuserot eivät ole viime vuosina kasvaneet yhtä voimakkaasti kuin 1980- ja 1990-luvuilla, ovat erot yhä suuret. Sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kehitys ei ole ollut Terveys 2015 -ohjelmassa asetettujen kaventamistavoitteiden mukaista. Tarvitaan sekä kansallisia että alueellisia hankkeita kuolleisuuserojen kaventamiseksi.

Julkaisuja: Valkonen T (ym.): Sosiaaliryhmien väliset elinajanodote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 42/2007, 3891–3896. Valkonen T (ym.): Sosioekonomiset kuolleisuuserot, ilmestyy teoksessa: Palosuo H (ym.) toim. Terveystieteiden tutkimuskeskus Suomessa. Remes H (ym.): Mortality Inequalities by Parental Education among Children and Young Adults in Finland 1990–2004. Julkaisematon käsikirjoitus.

Tee ehdotus TERVE-SOS -palkinnon saajasta

TERVE-SOS -palkinto on Stakesin tunnustus poikkeuksellisen onnistuneelle, esimerkilliselle tai valtakunnallisesti merkittävälle innovatiiviselle sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämis- tai kokeilu-hankkeelle.

Palkinto luovutetaan TERVE-SOS -tapahtumassa 22.5.2008 Jyväskylässä. Jaossa on 6 000 euroa ja kunnia-kirja. Lisäksi jaetaan yksi erillinen palkinto erityisestä sosiaalisesta innovatiivisuudesta sosiaali- ja terveys-huollossa.

Palkintoteema on TERVE-SOS 2008 teemaan "Yhteinen vastuu - muuttuvat rakenteet" liittyvä innovatiivisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terve - SOS 2008 teema liittyy yhteiseen vastuuseen kansalaisten hyvinvoinnista palvelujärjestelmää kehitettäessä. Palkittavista haemme erityisesti teeman mukaisesti uudenlaisia yhteisvastuullista toimintatapojen, palvelujen ja palvelurakenteiden kehittämistä. Yhteisvastuullisuudella tarkoitetaan mm. yhteisiä tavoitteita, yhteistyön neuvottelurakenteita ja asiakkaan/kuntalaisten osallistumisen vahvistamista.

Tee lyhyt, vapaamuotoinen kuvaus hankkeen ansioista ja perustelut palkitsemiselle. Voit liittää mukaan ehdotusta esittelevää aineistoa.

Lähetä ehdotus 14.3.2008 mennessä [www](http://www.stakes.fi) sivulla olevalla hakulomakkeella. Hakulomake on osoitteessa www.stakes.fi/tervesos.

Tiedustelut Ritva Teräväinen
ritva.teravainen(at)stakes.fi

Föreslå mottagare av TERVE-SOS-priset

TERVE-SOS -priset delas ut av Stakes till ett särskilt lyckat, förebildligt eller nationellt betydelsefullt innovativt forsknings-, utvecklings- eller pilotprojekt inom social- och hälsovården.

Priset överlämnas vid TERVE-SOS -evenemanget i Jyväskylä den 22 maj 2008. De som får priset delar på 6 000 euro och får också ett diplom. Dessutom delar man ut ett separat pris för särskild social innovativitet inom social- och hälsovården.

Prisbelönings temat är sådan innovativitet inom social- och hälsovården som hänger samman med TERVE-SOS 2008-temat "Gemensamt ansvar – föränderliga strukturer". Temat för TERVE-SOS 2008 är förknippat med gemensamt ansvar för medborgarnas välfärd vid utvecklingen av servicesystemet. Hos dem som prisbelönas söker vi särskilt utveckling av nya tillvägagångssätt, tjänster och servicestrukturer som bygger på gemensamt ansvar. Med gemensamt ansvar avses bland annat gemensamma mål, samarbetets diskussionsstrukturer och stärkande av klientens/kommuninvånarens deltagande.

Beskriv kortfattat projektets förtjänster och motivera en prisbelöning. Du kan bifoga material som presenterar den föreslagna mottagaren.

Sänd förslaget före den 14 mars 2008 på den blankett som finns på adressen www.stakes.fi/tervesos.

Mer information fås av Ritva Teräväinen
ritva.teravainen(snabel-a)stakes.fi

Tulevia valtakunnallisia koulutustilaisuuksia

HYVINVOINTIKUNTA -FOORUMI

Aika ja paikka 14.2.2008, Kuntatalo, Helsinki
 Järjestäjät Kuntaliitto & Kuntalehti ja Huoltajasäätiö & Sosiaaliturva-lehti
 Lisätietoja www.kunnat.net/hyvinvointikunnat

TERVEYDENHUOLLON ATK-PÄIVÄT

Aika ja paikka 19. - 20.5.2008, Sibeliustalo, Lahti
 Järjestäjä Kuntaliitto

TERVE-SOS 2008 Sosiaali- ja terveystieteiden koulutus- ja messutapahtuma

Teema Yhteinen vastuu - muuttuvat rakenteet
 Aika ja paikka 21. - 22.5.2008, Jyväskylä
 Järjestäjä Stakes ja Jyväskylän kaupunki
 Lisätietoja www.stakes.fi/tervesos

TERVEYDEN EDISTÄMISEN AJANKOHTAISPÄIVÄ

Aika ja paikka 28.5.2008, Helsinki
 Järjestäjät TEKRY ry & KTL & Stakes & STM & UKK -instituutti

KOULUTERVEYSPÄIVÄT

Aika ja paikka 26. - 27.8.2008, Jyväskylä
 Järjestäjä Stakes ja Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitos
 Lisätietoja www.stakes.fi/kouluterveys

KUNTAMARKKINAT

Aika ja paikka 10. - 11.9.2008, Kuntatalo, Helsinki
 Järjestäjä Suomen Kuntaliitto ja Kuntalehti
 Lisätietoja www.kuntamarkkinat.fi

VALTAKUNNALLISET NEUVOLAPÄIVÄT

Teema Terveystieteiden kaventaminen neuvolatyössä
 Aika ja paikka 30.- 31.10.2008, Paasitorni, Helsinki
 Järjestäjä Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, Stakes & KTL & STM
 Lisätietoja www.neuvolakeskus.fi

SAIRAALAPÄIVÄT

Aika ja paikka 11.- 12.11.2008, Musiikkitalo, Oulu
 Järjestäjä Kuntaliitto

Tilaukset

arkisin klo 9–15 puhelimitse (09) 3967 2190

www.stakes.fi/kirjakauppa

Toimitusmaksu kotimaassa 6 €

Vappu Taipale ja Hannu Hämäläinen

Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista

Kirja on monipuolinen katsaus sosiaali- ja terveysalan toistaiseksi vähän kartoitettuun ydinalueeseen. Kirjassa arvioidaan alan innovaatioympäristöä, pohditaan tietoyhteiskuntakehitystä ja tarkastellaan julkisen sektorin, yritysten, järjestöjen sekä tutkimuksen ja kehityksen yhteistyötä. Kirjan tarina etenee kotoisilta innovaatiovesiltä Euroopan ja maailman merille. Lopuksi raotetaan myös tulevaisuuden verhoa.

2007 227 s. 38 € tilausnumero M247



Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen, Kirsi-Marja Lehtelä (toim.)

Pääsy kielletty!

Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva

Kirjassa tarkastellaan sosiaali- ja terveysalan käytäntöjä, joissa haavoittuvassa asemassa oleva ihminen voidaan apua etsiessään ohjata muualle tai yksinkertaisesti torjua järjestelmän piiristä – joko suoraan tai epäsuorasti.

2007 269 s. 29 € tilausnumero M245



Päivi Topo, Saila Sormunen, Kristiina Saarikalle, Outi Räikkönen ja Ulla Eloniemi-Sulkava

Kohtaamisia dementiahoidon arjessa

Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoidon laatua dementiaoireisten asiakkaiden näkökulmasta. Tulosten perusteella hahmotettiin dementiahoidon hyviä ja vältettäviä käytäntöjä.

2007 142 s. 25 € tilausnumero T162



Kirsi Nelimarkka ja Tapani Kauppinen

Ihmiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen

Ihmiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on suunnittelun ja päätöksenteon työkalu, joka auttaa etsimään keinoja myönteisten vaikutusten vahvistamiseen ja haitallisten ehkäisemiseen. Opas esittelee ennakoarvioinnin perusteita ja sen eri vaiheita.

2007 55 s. 20 € tilausnumero Op68



Liisa Heinämäki

Varhaista tukea koulun arkeen

Työvälineenä kehittämisvalikko

Opas on työväline kouluyhteisöille ja oppilashuollon työn kehittämiseen. Sen avulla voidaan tunnistaa oppilaan tuen tarpeita ja kehittää päivittäistä opetus- ja kasvatustyötä varhaisen tuen suuntaan.

Stakes ja Opetusministeriö

2007 55 s. 23 € tilausnumero Op67

Matti Rimpelä, Kirsi Wiss, Vesa Saaristo, Hanna Happonen, Elise Kosunen, Arja Rimpelä

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano

Raportissa arvioidaan miten kouluterveyden laatusuositusta on hyödynnetty ja sen vaikutusta kouluterveydenhuollon toteutumiseen. Lisäksi esitetään alustava ehdotus kouluterveydenhuollon jatkuvan seurannan tunnusluvuiksi.

2007 93 s. 20 € tilausnumero T 32/2007

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2007

Pasi Moisio. HYPÄ 2006. Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus
Työpapereita 33/2007 Tilausno T33/2007

Matti Rimpelä, Hanna Happonen, Kirsi Wiss, Vesa Saaristo, Elise Kosunen, Arja Rimpelä. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007
Työpapereita 32/2007 Tilausno T32/2007

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (red.): Annus Socialis Fenniae 2007. Nordiskt socialdirektörsmöte. Oslo, Norge 24–25 oktober 2007
Työpapereita 31/2007 Tilausno T31/2007

Tarja Heino: Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana
Työpapereita 30/2007 Tilausno T30/2007

Ville Remes, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, Heikki Kröger, Juhana Leppilähti, Miika Linna, Antti Malmivaara, Keijo Mäkelä, Olavi Nelimarkka, Ilmo Parvinen, Seppo Seitsalo, Jarmo Vuorinen: PERFECT – Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus
Työpapereita 29/2007 Tilausno T29/2007

Harriet Finne-Soveri, Pia Nurme: Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteerihdotus Porvoossa. Kevät 2007
Työpapereita 28/2007 Tilausno T28/2007

Ritva Teräväinen, Outi Räikkönen, Matti Heikkilä: Laatusuositusten arviointi. Arviointia laatusuositusten ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään
Työpapereita 27/2007 Tilausno T27/2007

Mari Pajula: Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä? Selvitys rahapeliongelman vaikutuksista läheisiin
Työpapereita 26/2007 Tilausno T26/2007

Teresa Taskinen: Kaupassa, kioskillä ja kotikoneella. Rahapelit nuorten elämässä
Työpapereita 25/2007 Tilausno T25/2007

Saaramia Varvio: Katsaus Suomen rahapelijärjestelmään
Työpapereita 24/2007 Tilausno T24/2007

Atte Meretoja, Risto O. Roine, Terttu Erilä, Matti Hillbom, Markku Kaste, Miika Linna, Antti Liski, Merja Juntunen, Reijo Marttila, Aimo Rissanen, Juhani Siverius, Unto Häkkinen: PERFECT – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilaille
Työpapereita 23/2007 Tilausno T23/2007

XII Kouluterveyspäivät. 28.–29.8.2007 Jyväskylän yliopisto. Tiivistelmät ja posterit
Työpapereita 22/2007 Tilausno T22/2007

Timo M. Kauppinen, Helka Raivio: Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2007
Työpapereita 21/2007 Tilausno T21/2007

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.): Annus Medicus Fenniae 2007. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Siguna, Sverige 22.–23. augusti 2007
Työpapereita 20/2007 Tilausno T20/2007