



Kohti perhekeskeisempää kouluterveydenhuoltoa

Alakoulujen kouluterveydenhuollon ja kodin välisen yhteistyön kehittämisen tarvekartoitus

Hanna-Maija Saari

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Huhtikuu 2023

Terveyden edistämisen tutkinto-ohjelma (YAMK)

Saari, Hanna-Maija

Kohti perhekeskeisempää kouluterveydenhuoltoa, alakoulujen kouluterveydenhuollon ja kodin välisen yhteistyön kehittämisen tarvekartoitus

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2023, 68 sivua.

Terveydenedistämisen tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö, ylempi AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Kouluterveydenhuollon työskentelytavat pohjautuvat vuonna 2009 voimaan tulleeseen asetukseen Neuvola ja kouluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ennaltaehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Asetuksessa korostetaan perheen merkitystä ja kouluterveydenhuollon perhekeskeisempää lähestymistapaa. Kouluterveydenhuollon tulisi sen mukaan olla koko perheen ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Asetus nostaa esille myös perheen osallisuuden näkökulman palveluissa.

Tämän päivän kouluterveydenhuollossa konemainen terveystarkastusten suorittaminen asetuksen ohjeiden mukaisesti, vie resursseja perhekeskeiseltä työltä kouluterveydenhuollossa. Perheen huomioiminen ja perhekeskeisyys tuovat kuitenkin työlle vaikuttavuutta ja kouluterveydenhuolto nähtäisiin entistä enemmän koko perheen avun hakemisen tahona.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kotien ja kouluterveydenhuollon välistä yhteistyötä sekä kartoittaa toimivia käytäntöjä vanhempien näkökulmasta. Tavoitteen oli saada tietoa vanhemmilta yhteistyön kehittämisen tarpeista tulevan kehittämistyön taustatiedoksi.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Kohderyhmänä oli alakouluikäisten lasten vanhemmat, joilla oli useampi lapsi ja näin ollen pidempiaikaista kokemusta yhteistyöstä kouluterveydenhuollon kanssa. Tutkittavat valittiin lumipallo-otannalla. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Vanhemmat kokivat tiedottamisen kouluterveydenhuollosta toimivan hyvin. Wilma nähtiin parhaana keinona tiedottaa ja pitää yhteyttä terveydenhoitajaan. Terveydenhoitajien tavoitettavuutta pidettiin hyvänä. Terveydenhoitajat nähtiin joustavina, yhteistyökykyisinä ja perheen sekä lapsen tarpeet hyvin huomioivina ammattilaisina. Perhekeskeisyyttä koettiin olevan kouluterveydenhuollossa vähän, enemmän keskityttiin lapsen asioihin. Kouluterveydenhuoltoon kaivattiin neuvolan kaltaista koko perheen huomioimista enemmän. Terveydenhoitajaa toivottiin myös enemmän mukaan vanhempainiltoihin tai osallistumaan koulun toimintaan ennaltaehkäisevän toiminnan muodossa.

Opinnäytetyön tavoitteen oli saada taustatietoa kehittämisen pohjaksi. Tutkimuksesta nousi hyvin asioita, joita voidaan alueen kouluterveydenhuollossa lähteä kehittämään. Terveydenhoitajien näkökulmaa ja vanhempien mukaanottoa kehittämistyöhän tarvitaan, jotta perhekeskeisyyttä saavutettaisiin parhaiten. Myös valtakunnallisiin kouluterveydenhuollon oheistuksiin toivotan joustavuutta, jotta yhteiskunnan ja maailman tilanteen mukaan voitaisiin vastata paremmin perheiden tarpeisiin.

Avainsanat (asiasanat)

kouluterveydenhuolto, perhekeskeisyys, osallisuus, terveyden edistäminen, tiedotus, kohtaaminen

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Saari, Hanna-Maija

Towards more family-oriented school health care, Assessment of needs for the development of co-operation between school healthcare and home in elementary schools

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2023, 68 pages

Master's Degree Programme in Health Care and Social services. Health Promotion. Master's thesis

Permission for open access publication: yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Working methods in school health care are based to the regulation of decree on school healthcare. That decree entered into force in 2009. The regulation emphasizes the importance of the family, and more family-oriented approach in school health care. School health care should be more preventive for the whole family and contain more family involvement in services. Automated performance of health checks takes resources away from family-oriented work. Consideration of the whole family and family-centeredness bring effectiveness to the work, school health care would be seen the place to seek help, for whole family. The aim of the thesis was to describe the cooperation between homes and school healthcare and effective practices from the perspective of parents. The goal was to get information from parents about the needs of developing cooperation as background information for future development work.

The thesis was carried out as a qualitative study. The target group was parents of elementary school-aged children, and they had several children, in different ages. Therefore they had a lot of experience of cooperation with school nurses. Parents who participated in the study were chosen with snowball sampling method. The material was collected through thematic interviews. The data was analyzed using content analysis.

The parents concluded that the communication about school health care works well. They felt Wilma was the best way to communicate with school nurse. The accessibility of health nurses was considered workable. Parents of school children think that nurses are flexible, cooperative professionals, who can consider the needs of the family and the child.

Family-centeredness was felt to be low in school health care, there was more focus on the child's affairs. School health care needed more consideration of the whole family, like the counseling services with pregnant women and little children. They also wanted health nurses to participate more in parents' evenings and to participate in school preventive activities with teachers and other pupil welfare professionals. The aim of the thesis was to obtain background information as a basis for development work. A lot of things came out of the research, which can be developed in the school health care. Health nurses' perspective and involvement of parents will be needed in attain to best family-centeredness in school health care. Hopefully the national school healthcare facilities will be in future more flexible, so school health care could better meet the needs of families in a changing world and society.

Keywords/tags (subjects)

School health care, family orientation, participation, health promotion, information, participation

Miscellaneous (Confidential information)

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Perhe, alakoulu ja kouluterveydenhuolto perheen terveyden edistäjänä	5
2.1	Perhe lapsen kehitysympäristönä.....	6
2.1.1	Lapsuuden merkitys hyvinvoinnille	8
2.2	Terveyden edistäminen alakoulussa	10
2.2.1	Kouluterveydenhuolto.....	10
2.2.2	Terveyskasvatus ja terveystiedon opetus alakoulussa	14
2.3	Hyvinvointialue toimintaympäristönä	15
2.3.1	Peruspalveluiden ja kouluterveydenhuollon järjestäminen	16
2.3.2	Perheiden ja lasten terveydenedistämistyö.....	18
2.4	Perhekeskeinen yhteistyö terveyden edistämässä.....	21
2.5	Perhekeskeisyys kouluterveydenhuollossa	24
3	Tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät	30
4	Tutkimuksen toteuttaminen	31
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	31
4.2	Tutkimuksen kohdejoukko	32
4.3	Tutkimusaineiston analyysi	33
5	Tulokset	37
5.1	Yhteydenpito kodin ja kouluterveydenhuollon välillä.....	37
5.1.1	Tiedottaminen kouluterveydenhuollossa	37
5.1.2	Tiedotus terveystarkastuksista ja tapaamisista	38
5.1.3	Terveydenhoitajan tavoitettavuus.....	39
5.2	Ennaltaehkäisy kouluterveydenhuollossa.....	40
5.2.1	Osallistuminen vanhempainiltoihin	40
5.2.2	Ennaltaehkäisevä toiminta oppilaille	41
5.3	Varhainen tuki kouluterveydenhuollossa	42
5.3.1	Huolen puheeksi ottaminen.....	42
5.3.2	Oppilashuollon palveluiden toimivuus.....	43
5.3.3	Sektoreiden välinen yhteistyö.....	44
5.4	Perhe asiakkaana kouluterveydenhuollossa.....	46
5.4.1	Vanhempien ja perheen kohtaaminen	46
5.4.2	Perhekeskeinen kohtaaminen kouluterveydenhuollossa	47

6	Pohdinta	48
6.1	Tulosten tarkastelu	48
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	53
6.3	Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet	56
	Lähteet	58
	Liitteet	63
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	63
	Liite 2. Tutkimustiedote vanhemmille	64
	Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumiselle	65

1 Johdanto

Perhe on tärkeä lapsen kehitysympäristö, jonka huomioiminen on myös kouluterveydenhuollossa aiheellista. Koululaisten osalta vanhemmat eivät enää osallistu lapsen terveydenhuoltoon samassa määrin kuin neuvolaikäisenä. Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveyden terveydenhuollosta (A 6.4.2011/338) perheen merkitystä korostetaan ja pyritään koko perheen terveyttä edistävään terveydenhoitotyöhön ja tukemaan vanhempien osallisuutta. Asetus (A380/2009) on tullut voimaan vuonna 2009, jonka jälkeen kouluterveydenhuoltoa ja sen toteutusta ohjaamaan on luotu määräaikaista terveystarkastuksia koskevat säännökset (A338/2011), jotka tulivat voimaan vuonna 2011. Kouluterveydenhuollon toimintaa ja esimerkiksi laajojen terveystarkastusten toteutumista valvotaan Valviran toimesta. (A330/2009, A6.4.2011/338.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistamisen ja käynnistämisen (SOTE-uudistus) ollessa käynnissä kuumeisesti, ovat myös lasten, nuorten ja perheiden palvelut olleet esillä ja huolen kohteena palvelujärjestelmiä luotaessa. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden piirissä on Suomessa n. 2 miljoonaa kansalaista. Tästä syystä juuri nämä palvelut ovat keskeisessä asemassa SOTE-uudistusta ja lasten, nuorten ja perheiden palveluverkostoja mietittäessä. (Hastrup & Lindberg 2014.)

Valtakunnallinen Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE-muutosohjelma) on osa Tulevaisuuden Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpanoa (myöhemmin Tulevaisuuden SOTE-keskus). Tulevaisuuden SOTE-keskus ohjelma taas on osa SOTE-uudistusta. Ohjelma alkoi 2021 ja jatkuu vuoden 2023 loppuun. SOTE-uudistuksen myötä muodostuneilla hyvinvointialueilla toimii alueellisia hankkeita, joita Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tukee ja koordinoi, Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) linjaa sekä rahoittaa. LAPE-muutosohjelman keskeisenä tavoitteena on perhekeskusten kehittäminen. Tavoitteena on koota lasten, nuorten ja perheiden palvelut kokonaisuudeksi sekä edistää varhaisen ja oikea-aikaisen tuen saantia perheen arjessa. Yhteistyötä muutosohjelmassa tehdään mm. myös koulun, päivähoidon, oppilaitosten ja järjestöjen kanssa, jotta palveluiden kokonaisuus saataisiin huomioitua. (Perhekeskusten kehittäminen LAPE-muutosohjelmassa, 2021.; Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma, 2023.)

Lapsi- ja perhepalveluiden parissa on jo pitkään ollut erilaista kehittämistyötä, ennakoiden tulevaa SOTE-uudistusta. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) valtakunnallinen Kaste-hanke käynnistyi vuonna 2008 jatkuen tuolloin vuoteen 2011. Hanke sai jatkoa 2012–2015. Kaste-hankkeen tavoitteena oli jo tuolloin kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asiakasta kuunnellen. Painopistettä pyrittiin siirtämään ongelmien hoidosta hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. Kaste-hanke koostui kuudesta osaohjelmasta, joista yksi kokonaisuus oli Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden uudistaminen. Kastehankkeessa myös asiakkaan kuuleminen ja osallisuus nousivat kehittämistyössä keskeiseen rooliin. (Kastehanke, stm.fi/kaste.)

STM:n SOTE-uudistukseen liittyvä palveluiden muutos- ja kehittämistyö käynnisti myös Kärki-hankkeen. Sen painopisteenä oli parantaa iäkkäille, omais- ja perhehoitajille, osatyökykyisille sekä myös lapsille ja perheille tarkoitettuja palveluita yhdistämällä palvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuk- siksi. (STM hankkeet, stm.fi/hankkeet.)

Kouluterveydenhuollon ja kodin välisen yhteistyön kehittäminen tukee päämäärää lapsen ja perheen hyvinvoinnin tukemisessa. Tällä hetkellä asetuksen (A 6.4.2011/338) mukaisia terveystarkastuksia tehdään ehkä konemaisestikin, tarkat ohjeet tarkastuksiin tulevat asetuksesta. Myös Mäenpään (2008) väitöskirjatutkimuksessa tuli esille, että terveydenhoitajat keskittyvät lapsen fyysiseen terveyteen enemmän kuin kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen tai koko perheen tarpeisiin. (Mäenpää 2008, 76.)

Opinnäytetyöni aihe lähtee selkeästi arkipäivän työhön liittyvästä ongelmasta. Kouluterveydenhuoltoon olisi tarpeen herätellä perhekeskeisempää ja vanhemmat voimavarana näkevää työtettä. Perheen kanssa tehtävä yhteistyö tulisi nähdä työtä rikastuttavana.

Opinnäytetyön aihepiiri käsittelee yhteiskunnassa ajankohtaisesti esillä olevia asioita terveyspalveluiden järjestämisen kannalta. Terveyspalveluiden tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen on tarpeellista löytää uusia toimintatapoja ja kehittää työskentelyä tehokkaampaan suuntaan, voitaisiin olemassa olevilla palveluilla saada aikaan enemmän vaikuttavuutta. Työelämän uudistamisen tarpeet ovat tämän päivän palveluiden tuottamisessa suuri haaste. Tähän ajatukseen perustuu myös valtakunnallisesti merkittävä SOTE-uudistus ja siihen liittyvät valtakunnalliset ohjelmat.

Uusi Hyvinvointialue aloitti 1.1.2023, ja tuottaa peruspalvelut 10 kunnan alueelle. Uuden organisaation muodostuessa opinnäytetyöni rajaamisen kautta, se kattaa Hyvinvointialueesta vain osan alueen kuntia. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2023. <https://www.paijatha.fi/>)

Hyvinvointialueen alueella asuu n. 204648 asukasta, josta vuonna 2022 marraskuun lopussa oli 7–14-vuotiaita 16864 (Tilastokeskus 2023). Valtakunnallisesti Hastrup ja Lindberg (2014) arvioivat blogissaan lapsiperheiden palveluiden koskettavat noin 2 miljoonaa suomalaista (Hastrup & Lindberg, 2014). Opinnäytetyön aihepiiri koskettaa siis hyvinkin suurta osaa Suomen väestöstä sekä myös alueellisesti isoa osaa Hyvinvointialueen lapsiperheistä.

Aiheena opinnäytetyössäni on alakoulujen kouluterveydenhuollon ja kodin välisen yhteistyön kehittämisen tervekartoitus alueella. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kokemuksia kotien ja kouluterveydenhuollon välisestä yhteistyöstä sekä ajatuksia yhteistyön toimivista käytännöistä vanhempien näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kehittämisen tarpeita perhekeskeisen kouluterveydenhuollon kehittämiseksi Hyvinvointialueen kouluterveydenhuollossa.

Opinnäytetyön tuloksia ja tuotosta voi hyödyntää muissakin kunnissa ja kouluterveydenhuollossa, kun tarkoituksena on parantaa kouluterveydenhuollon ja vanhempien välistä yhteistyötä. Opinnäytetyö perustuu aiemmin tutkittuun tietoon sekä opinnäytetyössäni kerättävään aineistoon kouluterveydenhuollon ja perheen kanssa tehtävästä yhteistyöstä, sen mahdollisuuksista ja pulmakohdista.

2 Perhe, alakoulu ja kouluterveydenhuolto perheen terveyden edistäjänä

Keskeisiä käsittealueita opinnäytetyössäni on neljä. Ensimmäinen on perhe kehitysympäristönä, johon sisältyy: lapsi perheessä, vanhemmuus ja lapsen hyvinvointi alakouluiässä sekä perheen merkitys lapsen terveyden edistäjänä. Toisena tarkastellaan alakoulua terveyden edistäjänä. Tarkemmin määritellään kouluterveydenhuoltoa, opetusta ja koulua kasvun ja kehityksen tukijana sekä terveyden edistäjänä. Kolmanneksi avataan hyvinvointialuetta toimintaympäristönä: Peruspalveluiden ja kouluterveydenhuollon järjestäjänä sekä lasten ja perheiden terveyden edistäjänä. Vii-

meisenä eli neljäntenä paneudutaan perhe- ja asiakaskeskeiseen yhteistyöhön. Sisältönä on perheen ja kouluterveydenhuollon yhteistyö sekä perhekeskeisyys ja asiakaslähtöisyys yhteistyössä. Myös asiakaslähtöisyyden ja yhteistyön merkitystä perheiden terveydenedistäjänä tarkastellaan. Keskeiset käsitteet muodostuvat aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta.

2.1 Perhe lapsen kehitysympäristönä

Perhe ja koti ovat lapsen elämän perusyksikkö. Perheen sisäiset asiat siihen, millainen vaikutus perheellä on lapsen kehitykseen. Koti luo Pulkkinen (2002) mukaan lapselle turvallisuuden tunteen ja elämän aineellisen perustan. Perheeseen saattaa liittyä lapsen sosiaaliemotionaalisen kehityksen kannalta riskitekijöitä, haavoittuvuustekijöitä, suojaavia tekijöitä tai voimavaratekijöitä. Riskitekijöitä lapsen kehitykselle voivat olla esimerkiksi perheväkivalta tai lapsen tarkkaavaisuushäiriö. Haavoittuvuustekijöitä voivat olla alttius tai tarjonta kielteisille vaikutteille, etenkin vaikeissa oloissa elävillä lapsilla. Suojaavia tekijöitä, riskitekijöitä sisältävissä perheyhteisöissä, lasten kannalta saattaa olla esimerkiksi isovanhempien antama tuki ja aika lapsille. Voimavaratekijöinä perheestä nousee mm. hyvä huolenpito. (Pulkkinen 2002, 14–16.)

Kinnunen ja Mauno (2002) tuovat esille arjen haasteet perhe-elämässä. Työ ja perhe-elämän yhteensovittaminen luo haasteita vanhemmuuteen. Perhe-elämän nähdään tutkimusten valossa tärkeimmäksi elämän alueeksi. 50 % miehistä ja 46 % naisista koki työn haittaavan perhe-elämää. Toisaalta työ voi tuoda myös sisältöä elämään ja täyttää erilaisia ihmisyyden tarpeita kuin perhe-elämä. Työ vie paljon aikaa, ja tutkimuksilla on osoitettu, ettei perheen parissa yhdessäolon laatu korvaa määrää. Yhteinen aika, kuuntelu ja osallistuminen luovat huolenpidon ja turvallisuuden tunnetta. Työ ja siitä aiheutuva stressi taas vanhemmille ahdistuksen ja masennuksen tunnetta, joka luo myös riittämättömyyden ja voimattomuuden tunteita lasten kasvatuksessa ja lapsikeskeinen kasvatusta vähenee. Ajan puute tuo haasteita perheen arkeen. Työn viedessä vanhempien energiaa ja aikaa, vaarantuu turvallisuutta ja huolenpidon ilmapiiriä luovien tekijöiden mukana oloa lasten arjessa. Näitä tekijöitä ovat aika, kuuntelu, huolenpito ja osallisuus. (Kinnunen & Mauno 2002, 99–106.)

Perheiden erilaisuus luo haasteita tämän päivän perhe-elämälle. Erot ovat yleisiä ja lapset asuvat uusperheissä, yhden vanhemman perheissä tai samaa sukupuolta olevien vanhempien perheessä. Hokkanen (2002) tuo esille eroperheen haasteita lapsen kasvulle eroperheessä. Yhteishuoltajuus

on tänä päivänä yhä yleisempää. Vanhemmilla säilyy voimakkaammin yhteinen vastuu lasten asioista. Toisaalta lapsi saattaa, vanhempien välien ollessa huonot, joutua toimimaan sanansaattajan vanhempien välillä. Lapsen elämään syntyy jännitteitä. Lasta ympäröivällä ilmapiirillä eroperheessä onkin suuri merkitys sekä vanhempien keskinäisellä yhteistyöllä. Eroperheessä saattaa etävanhemmalle muotoutua hauskuuttajan ja elämysten tuottajan rooli. Erossa ollutta aikaa yritetään korvata laadulla ja muistettavilla elämyksillä. Erotilanteessa Pulkkisen (2002) mukaan kuitenkin erityisen tärkeää olisi rutiinit, turvallinen rakenne päivään ja emotionaalinen tuki. (Hokkanen 2002, 119–132; Pulkinen 2002, 119–132.)

Perheitä löytyy tämän päivän yhteiskunnasta monenlaisia. On ydinperheitä, yksinhuoltajaperheitä, uusperheitä ja suurperheitä. Yksinhuoltajuus ja uusperheet ovat lisääntyneet. Erojen yleistymisen myötä yksinhuoltajaperheiden taloudellinen asema on keskimääräistä heikompi. Yhteiskunnallinen taloudellisen rakenteen muutos mahdollistaa parisuhteen ja sen ehtojen muutoksen, enää ei olla riippuvaisia toisesta taloudellisesti. Perheen merkitys on muuttunut taloudellisesta toimeentulosta enemmän parisuhdetta, yksilön tarpeita ja etuja arvostavaksi. Myös lapsettomien parien määrä ja samaa sukupuolta olevien vanhempien perheiden määrät ovat kasvaneet. (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 55–62.)

Monikulttuuriset perheet tuovat peruspalveluihimme uudenlaisia asioita huomioitavaksi. Uuteen maahan ja kulttuuriin muuttaminen voi muuttaa myös perheen sisäisiä rooleja, kulttuuriset erot kuormittavat perhettä ja sosiaalisen verkoston puuttuminen kaventaa elämää. Perheessä lapset joutuvat usein kieliongelmiensa vuoksi hoitamaan aikuisten asioita, vanhemmat syrjäytyvät aktiivisesta elämästä. Lasten ja aikuisten roolien sekoittuminen luo ongelmia aikuisten auktoriteettiin suhteessa lapsiin, joka voi näkyä nuorten maahanmuuttajien soputumattomuutena uuden maan sääntöihin. Maahanmuuttajaperheessä lapset elävät kahden kulttuurin välissä ja yrittävät tasapainoilla. (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 63–65.)

Hämäläinen ja Kangas (2010) tuovat esille myös perheen käsitteen muuttuminen aikojen kuluessa. Alkuun perhe määriteltiin tiiviisti koskemaan lapsia ja vanhempia. Tuolloin perheen merkitys tiivistyi lasten tarpeeseen saada hoitoa ja suojaa sekä vanhempien luontaiseen tarpeeseen tyydyttää näitä lasten tarpeita. Myöhemmin avioliiton purkamisen tullessa mahdolliseksi alkoi myös perhekäsitys muuttua. (Hämäläinen & Kangas 2010, 7–11.)

2.1.1 Lapsuuden merkitys hyvinvoinnille

Perhepolitiikalla pystytään yhteiskunnassa vaikuttamaan perheiden hyvinvointiin ja sitä kautta myös lasten koettuun hyvinvointiin. Lasten oikeuksien julistuksen (1989) mukaan lapsuuteen kuuluu erityinen suojeleminen, oikeus normaaliin ja terveeseen kehitykseen, koulutukseen, sosiaaliturvaan ja suojelemaan. Jokaisella lapsella tulee olla oikeus turvaan, tukeen ja huolenpitoon. Jollei perhe pysty sitä tarjoamaan on lapsella oikeus saada tukea ja turvaa yhteiskunnan palveluiden avulla. Lasten hyvinvointiin panostamalla, turvataan myös aikuisiällä tyytyväisiä, hyvinvoivia aikuisia. (Lapsen oikeuksien sopimus, 2023.)

Koskenvuo (2010) pohtii lapsuuden tapahtumien, terveyden ja tyytyväisyyden suhdetta hyvinvointiin lapsuudessa ja aikuisuudessa. Yleisesti tutkimustietoon pohjaten on jo tiedostettu perheen, perimän ja elinympäristön merkitys ja vaikutukset lapsuudesta aikuisuuteen. Jo lapsuudessa tai nuoruudessa alkava huono-osaisuus kasaantuu usein samoille yksilöille, tuoden mukanaan terveysongelmia, haitallisia elintapoja sekä ajautumista alemmille koulutus- ja työurille. Jo sikiöaikana äidin kokema stressi, infektiot tai alkoholin ja tupakan käyttö altistavat lasta erilaisille sairauksille tai häiriöille, joiden vaikutuksesta lapsen syrjäytymisriski kasvaa. Kuitenkin on havaittu, että perheestä pois sijoitetuilla lapsilla on kehityksen kannalta merkityksellistä se, kuinka varhaisessa vaiheessa lapsi on sijoitettu muualle. (Koskenvuo 2010, 294–298.)

Sosioekonomisella asemalla ja terveydellä on vahvaan näyttöön perustuvaa yhteyttä. Alhainen sosiaaliekonominen asema altistaa lasta kognitiivisen ja psykososiaalisen kehityksen häiriöille, joilla on negatiivisia terveysvaikutuksia. Lapsuusajan perherakenne ja sosiaaliekonominen asema vaikuttavat myös aikuisiän elämäntyytyväisyyteen. Lapsuudessa koetut kuormittavat tapahtumat, kuten vanhempien avioero, ristiriidat perheessä, sairaudet, pelko tai alkoholin runsas käyttö, ennakoivat esimerkiksi aikuisiällä psyykkistä oireilua. Myös tutkimusten mukaan 8-vuotiaana mitattu psyykkinen oireilu ennustaa mielenterveyshäiriöitä. Kiusaaminen on myös tärkeässä roolissa psyykkisen oireilun selittäjänä. Elämäntyytyväisyys tuo mukanaan koettua terveyttä ja hyvinvointia. Nuorena huonoksi koettu terveys, ylipaino ja päihteiden runsas käyttö on osoitettu vaikuttavan aikuisiällä työkyvyttömyyteen, alempaan koulutustasoon sekä riksikäyttäytymiseen terveysvalinnoissa. Toisaalta taas jatkuvat ristiriidat perheessä voivat olla lapsen hyvinvoinnille haitallisempia kuin yksinhuoltaja perheessä eläminen. Kasvuolosuhteilla ja persoonallisuuden kehityksellä on yhteys. Emotionaalisesti tai taloudellisesti kuormittunut elinympäristö luo pessimististä elämänasennetta, joka

myös ennustaa tauti sekä tapaturmakuolleisuutta, itsemurhia, työkyvyttömyyttä tai masennusta aikuisiällä. (Koskenvuo 2010, 298–312.)

Lapsiperheiden hyvinvointi 2014 (2014) teoksessa on koottu THL:n toimesta LATE-tutkimuksen (2007–2009) ja alueellisen terveys ja hyvinvointitutkimuksen (ATH 2010, 1012, 2013) tuloksia perheiden näkökulmasta. Näiden tutkimusten valossa näyttäisi, että lapsiperheiden aikuiset kokevat elämänlaatunsa ja onnellisuutensa paremmaksi kuin muu saman ikäinen väestö, yksinhuoltaja perheissä vastaavasti heikommaksi. Myös oman terveyden kokemisessa oli nähtävissä samansuuntaisia tuloksia. Myös alkoholin ja tupakan käyttö oli lapsiperheissä vähäisempää kuin muilla saman ikäisillä. Siviilisäätty, perhetyyppi, asumismuoto ja lasten lukumäärä vaikuttivat hyvinvoinnin kokemiseen. Yksinhuoltaja perheiden puutteet hyvinvoinnissa olivat merkittäviä ja huomioitavia asioita palveluita järjestettäessä. (Kaikkonen, Mäki, Murto, Pentala, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, 150–163.)

2022 valmistui raportti Covid19 -epidemian vaikutuksista hyvinvointiin, palveluihin ja kansantalouteen (2022). Raportin mukaan päivähoiton ja koulujen auettua, etätyön mahdollisuus on vaikuttanut positiivisesti perheen ja työn yhteensovittamiseen. Oma vanhemmuus nähtiin negatiivisempaan aiempaan nähden, esimerkiksi käyttäytyminen lasten kanssa. Lastensuojelun asiakkaiden hyvinvointi heikkeni ja kasvatti työmäärää. Myös jälkihuollossa olevien nuorten päihteidenkäytössä havaittiin nousua. Lasten ja nuorten yksinäisyys kasvoi ja tyytyväisyys elämään laski. Sosiaalisten tilanteiden väheneminen radikaalisti vaikutti ahdistuneisuuden lisääntymiseen. Covid19-epidemialla on ollut suuri vaikutus lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin monella osa-alueella. Edelleen näitä vaikutuksia on nähtävissä ja palveluita haastaa lisääntyneet tarpeet hyvinvoinnin heikentymisen takia. (Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio 2022, 168–172, 182.)

Hämäläisen ja Kankaan (2010) mukaan Unicef on laatinut lasten hyvinvointia analysoivan indikaattorijärjestelmän, jolla pyritään saamaan tietoa lapsuuden hyvinvoinnista ja sitä kautta tutkia sen vaikutuksia aikuisiän sairastavuuteen ja pahoinvointiin. Tutkimuksen mukaan pohjoismaissa ja Suomessa materiaallinen hyvinvointi on huipputasoa, mutta perhe- sekä ystävyysuhteet ja subjektiivisesti koettu hyvinvointi ovat heikolla tasolla. Esimerkiksi PISA tutkimuksissa hyvin pärjänneen koulunkäynti tuntuu vain 10 % mielestä mukavalta. Kouluviihtyvyyteen panostaminen on siis Suomessa erittäin tärkeässä asemassa. Yhteiskunnassa harjoitettu perhepolitiikka, ennaltaehkäisevät

sekä korjaavat tukitoimet lieventävät eriarvoisuutta terveyden ja hyvinvoinnin jakautumisessa. Lasten vanhempien terveys ja hyvinvointi onkin keskiössä pohdittaessa lasten hyvinvoinnin parantamista tai siihen vaikuttamista. (Hämäläinen & Kangas 2010, 14–17, 303–313.)

2.2 Terveyden edistäminen alakoulussa

Hämäläinen ja Kangas (2010) tarkastelevat lapsuutta ja sen aikaisia olosuhteita ja tapahtumia lapsen tulevan hyvinvoinnin mahdollistajana tai estäjinä. Koulu nähdään yhteiskunnallisesti merkittävänä mahdollistajana hyvinvoinnin lisäämisessä aikuisiällä. Peruskoulun tullessa 70-luvulla, toi se mukanaan yhtäläiset mahdollisuudet jokaiselle edetä koulussa ja opiskelu-urallaan. PISA-tutkimusten mukaan pohjoismaat ja Suomi sijoittuvat maailmanlaajuisesti huipulle koulutuksessa ja koulumenestyksessä katsomatta sosiaaliekonomiseen taustaan tai asuinpaikkaan maantieteellisesti. Etenkin Suomessa näistä syistä johtuvat erot ovat hyvin pieniä. (Hämäläinen & Kangas 2010, 11–12.)

Koulutuspolitiikalla pystytään yhteiskunnassa vaikuttamaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin eroihin. Koulutus on avointa kaikille ja jokaisella on yhtäläiset mahdollisuudet koulutukseen ja sitä kautta parempaan hyvinvointiin. Hämäläinen ja Kangas (2010) näkevät hyvin vahvasti sijoitukset lapsiin ja nuoriin tuovan mukanaan avoimemman ja oikeudenmukaisemman yhteiskunnan. (Hämäläinen & Kangas 2010, 12–14.)

2.2.1 Kouluterveydenhuolto

Suomessa terveydenhuoltolaki (2010) velvoittaa oppilaitoksen sijaintikuntaa järjestämään kouluterveydenhuollon palvelut. Laki myös velvoittaa kouluterveydenhuollossa toimivia toimimaan yhteistyössä vanhempien tai huoltajien sekä muun oppilashuollon henkilöstön kanssa. Kouluterveydenhuolto on osa oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaista opiskeluhuollon palveluita.

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on edistää oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä, osallistua kouluyhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä valvoa koulun terveydellisiä ja turvallisia oloja yhdessä muiden tahojen kanssa. Kouluterveydenhuolto on kokonaisvaltaista terveyden edistämistä ja oppilaan terveys nähdään keskeisenä osana koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. (Tervaskanto-Mäentausta 2015, 288–289.)

Kouluterveydenhuoltoa ohjaa vuonna 2009 julkaistu ja vuonna 2011 voimaan tullut Valtioneuvoston asetus Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ennaltaehkäisevästä suun terveydenhuollosta (A388/2011). Asetuksessa sanotaan seuraavalla tavalla:

”Asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten, oppilaiden ja heidän perheidensä sekä opiskelijoiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa.”

Asetuksen myötä kouluterveydenhuoltoon on tullut runko-ohjelma, jonka sisältö on määritelty hyvin tarkasti esimerkiksi 1., 5, ja 8lk:n laajojen terveystarkastusten osalta. Asetuksen mukaan kouluterveydenhuoltoa toteutetaan jokaisessa kunnassa ja koulussa yhtenevän käytännön mukaan, tasavertaisena palveluna jokaiselle lapselle ja perheelle. Asetus määrittelee kouluterveydenhuollon sisältöä ja sen pohjalta on laadittu toimintaohjeita ja niiden soveltamisohjeita takaamaan yhtenevät palvelut kaikille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuudessa Hakulinen-Virtanen, Peltola-Hietanen, Hastrup, Wallin sekä Pelkonen (2012) ovat laatineet ohjeistuksen koskien laajoja terveystarkastuksia. Ohjeistuksen tarkoituksena on antaa ohjeita asetuksen tueksi. Ohjeiden avulla taataan yhtenäisyys ja saman laatuisuus kouluterveydenhuollon palveluissa kansallisesti. Myös yhtenevät kirjaamis- ja tilastointi ohjeet antavat mahdollisuuden toiminnan seuraamiselle ja vaikutavuuden arvioinnille. Ohjeistus myös antaa suuntaviivoja moniammatilliselle yhteistyölle ja tuo ennaltaehkäisevää työtä esille. (Hakulinen-Viitanen, Peltola-Hietanen, ym. 2012, 9.)

Kouluterveydenhuolto tarjoaa mahdollisuuden terveyserojen kaventamiseen. Kouluterveydenhuoltoa ohjaa asetus kouluterveydenhuollosta, mikä takaa kaikille yhtenevät palvelut. Asetuksen mukaisesti terveystarkastuksissa perehdytään koko perheen hyvinvointiin ja näin ollen tarjoutuu mahdollisuus tarjota apua ja tukea perheen ongelmiin. Sosioekonomisten vaikutusten huomioimisella pystyttäisiin vaikuttamaan paljonkin lasten ja lapsiperheiden hyvinvointiin, ottamalla tämä huomioon myös resursoinnissa. Erityisen tuen tarpeessa olevat perheet tunnistettaisiin ja apua olisi saatavilla sitä tarvitseville. (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 165.)

Lapsiperheiden hyvinvointi – teoksessa THL:n (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos) Lapsiperhekselyn tulosten pohjalta kouluterveydenhuollon saatavuuteen ja palvelun riittävyyteen oli 80 % vanhemmista tyytyväisiä. 14 % koki, että tukea oli saatu, mutta se ei vastannut perheen tarpeisiin. 6 % koki jääneensä kokonaan vaille tukea. Pääsääntöisesti siis oltiin palveluihin tyytyväisiä. Eniten tukea tarvitsevat kokivat kuitenkin myös saavansa tukea huonommin. Perheiden tarpeet ovat monimutkaistuneet ja palvelut eivät nykyisellään vastaa enää perheiden tarpeisiin riittävästi. Laajat terveystarkastukset ovat lisänneet ennalta ehkäisevän työn merkitystä ja näkyvyyttä. (Perälä, Halme & Kanste 2014, 232–252.)

Covid19-epidemian vaikutuksia palveluihin on tutkittu ja julkaistu raportti keväällä 2022. Tuon raportin (Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2022) mukaan epidemian aikana kouluterveydenhuollon palveluissa oli haasteita vastata tarpeisiin. Henkilöstöä siirrettiin muihin tehtäviin, esimerkiksi rokottamaan, jolloin palveluiden saatavuus heikkeni. Samaan aikaan tarve avulle kasvoi ja yleisesti koettiin, ettei apua saanut tarvittaessa. Terveystarkastusten määrät laskivat sekä oppilashuollon kuraattoreiden ja psykologien käynnit vähenivät. Raportin mukaan AVOhilmo- rekisterin perusteella laajojen tarkastusten määrät putosivat 7–16 %-yksikköä, luokka-asteen mukaan. Edelleen epidemian jälkeen, on havaittavissa kouluterveydenhuollon käyntien määrä vähäisempänä kuin ennen epidemiaa. (Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2022, 175–180.)

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Stakesin toimittamassa oppaassa Kouluterveydenhuolto 2002 (2002) määrittellään kouluterveydenhuollon tavoitteeksi koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhdessä oppilaiden, oppilashuollon henkilöstön, opettajien ja vanhempien kanssa. Kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulisi oppaan mukaan toteutua kaikessa koulun toiminnassa. Yhteistyön tulisi tuottaa tietoa koulun hyvinvoinnista ja oppilaiden terveydentilasta koululle, vanhemmille ja kunnan päättäjille ja viranomaisille. Myös oppilaan henkilökohtaisen terveydentilan seuranta, arviointi ja tukeminen ovat kouluterveydenhuollon keskeisiä osa-alueita yhteisöllisen työn ohella. Yksilöllisellä työllä pyritään ongelmien mahdollisimman varhaiseen toteamiseen, auttamiseen, tutkimuksiin ja hoitoon ohjaamiseen sekä niiden järjestämiseen ja koordinointiin. (Kouluterveydenhuolto 2002, 27–30.)

2019 valmistui vuosina 2016–2017 tehty seurantatutkimus kouluterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja sisällöstä. Tutkimuksen mukaan erityistä tukea tarvitsevia oppilaita arvioitiin olevan kouluterveydenhuollon asiakkaina 20–29 % oppilaista. 32 % terveydenhoitajista arvioi työajasta olevan resursoitu erityiseen tukeen 10–19 % työajasta. Mahdollisuudet tarjota erityistä tukea vaihtelivat tuen tarpeen syyn mukaan. Esimerkiksi lihavuuteen liittyvään tukeen koettiin löytyvän keinoja, mutta yksinäisyyteen tai käytöshäiriöihin liittyvään tukeen vähän. Lapseen liittyvät asiat koettiin helpommiksi kuin perheeseen kohdennetut tuen tarpeet. Erityinen tuki on osa kouluterveydenhuoltoa. Kuitenkaan siihen ei tutkimuksen mukaan ole riittäviä edellytyksiä. Tavoitteena on tarjota yhä enemmän tukea kehitysympäristöissä, joskin tutkimuksen mukaan tavoite ei näy panostuksena tuen tarjoamisen edellytyksiin. Koulutus, resurssit ja moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen haastavat kouluterveydenhuollon tuen tarjoamista tavoitellulla tavalla. (Hieta-nen-Peltola, Vaara, Hakulinen ja Merikukka 2019, 3–4, 7–14.)

Kouluterveydenhuollon henkilöstö muodostuu terveydenhoitajasta ja lääkäristä. He toimivat työparina koululaisten terveyden edistämässä. Terveydenhoitaja toimii koulu yhteisössä terveyden edistämisen asiantuntijana ja lääkäri lääketieteellisenä asiantuntijana. Yhteistyössä terveydenhoitaja ja lääkäri toteuttavat terveystarkastukset ja koululääkäri toimii terveydenhoitajan tukena ja konsultaatioiden antajana muutenkin kuin koululla ollessaan. Terveydenhoitajalla tulisikin olla mahdollisuus olla yhteydessä koululääkäriin muulloinkin. (Kouluterveydenhuolto 2002, 31–32.)

Kouluterveydenhuollon henkilöstön mitoitukselta on annettu suositus. Oppilaan henkilökohtaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäksi henkilöstöllä tulisi olla riittävästi aikaa myös muuhun työkuvaan kuuluvaan, kuten työolojen valvontaan, yhteistyöhön koulu yhteisön kehittämiseksi, terveystavatukseseen tai omaan täydennyskoulutukseen. Myös yhteistyö eri tahojen kanssa vie terveydenhoitajan ja lääkärin aikaa. Tällaisia tahoja ovat esimerkiksi kodit, sosiaalityö, oppilashuollon muu henkilöstö, opettajat, terveyskeskus tai erikoissairaanhoido. Koulun koko, rakenne, kunnan koko ja taajama-aste sekä muut voimavarat vaikuttavat henkilöstön mitoitukseseen. Haja-asutusalueilla terveydenhoitajalla ja lääkärillä voi olla hoidettavanaan useampi koulu, jolloin yhteistyöverkostoja voi olla useampia ja koulujen väliseen siirtymiseen kuluu aikaa. Tämä tulee huomioida ajan käytössä ja oppilasmäärässä per terveydenhoitaja tai lääkäri. Myös suurissa kouluissa ongelmat usein kasaantuvat, jolloin terveydenhoitajan ja lääkärin resurssia tarvitaan enemmän. Tämänhetkinen suositus on n. 600–700 oppilasta terveydenhoitajaa kohti. Mikäli koulu on yli 800 oppilaan koulu, tulisi terveydenhoitajia olla päätoimisesti kaksi. Lääkäri resurssia tulisi jakaa suosituksen

mukaan siten, että lääkrillä olisi työaika kouluilla 1 viikkotyöpäivä per 500 oppilasta. Terveydenhoitajan ja koululääkrin tulisi olla lasten ja nuorten terveyden edistämisen asiantuntijoita ja perehtyneitä tämän kaltaiseen työhön. Oppaassa tuodaan myös esiin se, että on todettu päätoimisen koululääkritoimintaan erikoistuneen lääkrin olevan tehokkaampia koulutyössä kuin esimerkiksi väestövastuulääkrin, jotka oman työnsä ohella hoitavat kouluterveydenhuoltoa. (Kouluterveydenhuolto 2002, 32–33.)

2.2.2 Terveyskasvatus ja terveystiedon opetus alakoulussa

Terveystieto on ollut pakollisena oppiaineena opetussuunnitelmassa vuodesta 2002. Tervaskanto-Mäentausta (2015) tuo esille sen, kuinka terveydenhoitajien tulisi olla perillä terveystiedon opetussuunnitelman sisällöstä, jotta terveydenhoitaja oma toiminta tukisi lapsen terveyskäyttäytymisen opetusta. Terveystietoa voi opettaa opettaja, jolla on terveystiedon aineenopettajan pätevyys. Alaluokilla (1-6lk:t) terveystieto on integroituna muihin oppiaineisiin. (Tervaskanto-Mäentausta 2015, 294.)

Terveystiedon opetussuunnitelmassa on terveystiedon opetus jaettu viiteen osa-alueeseen; Terveystieteen liittyviin tietoihin, käytännön taitoihin, kriittiseen ajatteluun, itsetuntemukseen sekä eettiseen vastuullisuuteen. Terveystieteen liittyvät tiedot pitävät sisällään teorioita ja faktatietoa terveydestä. Käytännön taitojen avulla kasvatetaan kykyä käyttää tietoa käytännön tilanteissa, esimerkiksi hygieniaan, liikenteessä liikkumiseen, vuorovaikutukseen tai terveystieteen palveluiden käyttämiseen liittyen. Kriittisen ajattelun opettamisella harjoitellaan monipuolisen tiedon käyttöä vertailemalla, soveltamalla ja analysoimalla. Itsetuntemuksen kautta opitaan tunnistamaan omat tarpeet, taidot, tunteet ja terveyden merkitys omassa elämässä. Eettisen vastuullisuuden kautta opetellaan tiedostamaan jokaisen vastuut ja oikeudet terveystieteen käyttäytymisessä, niin oman kuin muidenkin terveyden edistämiseksi. (Paakkari 2016.)

Kouluissa terveystieteen ja terveystiedon keskeisin tavoite on oppilaiden terveystieteen vahvistamisessa. Terveystieteen opetuksen tulisi olla suunnitelmallinen kokonaisuus esiopetuksesta läpi koko peruskoulun jatkuen aina toisen asteen koulutukseen saakka. Keskeisenä sisältönä terveystieteen opetuksessa tulisi olla terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen. Tärkeää on myös tutustuttaa lapset ja nuoret tauteihin, oireisiin, lääkkeisiin ja hoitoon, jotta heidän

taitonsa itsehoidossa kehittyisivät. (Kouluterveydenhuolto 2002. 2002, 49–50) Myös opetussuunnitelmassa korostetaan terveysosaamista terveystiedon opetuksessa. Heikolla terveysosaamisella on todettu olevan yhteyttä heikkoon terveyteen ja terveyspalveluiden käytön kasvuun sekä kustannusten nousuun. (Paakkari 2016.)

2.3 Hyvinvointialue toimintaympäristönä

Hyvinvointialueelle on tehty 13.6.2022 hyväksytty strategia. Strategia koostuu kolmesta osasta; Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiasta, Pelastustoimen palvelutasopäätöksestä ja Hyvinvointialueen talousarviosta ja -suunnitelmasta. Strategian päätavoitteita on 3:

- 1) Vaikuttavat, kustannustehokkaat, saavutettavat palvelut sekä erinomainen asiakaskokemus
- 2) Saavutettu asema alan parhaana julkisena työpaikkana
- 3) Luottamuksen avulla rakennettu, sujuva yhteistyö kuntien, yhteisöjen ja valtionhallinnon kanssa – asukkaiden parhaaksi

Strategiassa on 6 painopistettä, Asiointi on sujuvaa, palvelut hyvin saatavissa, Yhteistyö ja asiakaskokemus arvostettua ja arvioitua, Johtaminen toteuttaa tavoitteita, Alan paras työpaikka ja Kokonaisturvallisuuden osaaminen vahvaa. Hyvinvointialueen toimintaympäristön haasteet muodostuvat demografiasta, sosioekonomisesta tilanteesta, henkilöstökysymyksistä, voimakkaasti uudistuvasta lainsäädännöstä ja megatrendeistä. Alueella 60 % väestöstä asuu alueen suurimassa kaupungissa ja alle 10000 asukkaan kuntia on kuusi kymmenestä. Asukasluku on vähenevä, etenkin pienissä kunnissa, jossa väestörakenne ikääntyy eniten. Huoltosuhde muuttuu lapsiperheiden vähentyessä. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat alueella suuri haaste, joka vaikuttaa voimakkaasti työllisyyteen sekä perheiden hyvinvointiin. Syrjäytyneitä nuoria on paljon ja koulutustaso matala. Samaan aikaan asukkaiden sairastuvuus yli maan keskiarvoin. Palveluille on paljon tarpeita. (Tietoa hyvinvointialueesta. <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/strategia/>)

Seuraavassa on kuvattu alueen peruspalveluiden järjestämistä sekä syvennetään etenkin perheiden ja lasten palveluiden osalta.

2.3.1 Peruspalveluiden ja kouluterveydenhuollon järjestäminen

Hyvinvointialueen palvelut jakautuvat organisaatiossa kuuteen palveluryhmään: Perhe- ja sosiaalipalveluiden toimialaan, Terveyden- ja sairaanhoidon toimialaan, Ikääntyneiden ja kuntoutuksen toimialaan, Pelastustoimen toimialaan sekä Aluehallinnon toimialaan. Ympäristönsuojelu ja eläinlääkäripäivystykset jäivät kuntien oman vastuun piiriin. Terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden toimialaan kuuluvat avosairaanhoito, lääkehuolto, operatiivinen tulosalue, medisiininen tulosalue, Akuutti24 (päivystys ja ensiapu), diagnostiset palvelut, suun terveydenhuolto sekä sote-palveluiden kumppanuusjärjestelyt. Näitä kumppanuusjärjestelyitä ovat kahden kunnan alueella peruspalveluita tarjoavat, yksityiset palveluntuottajat. Kunnissa toimivat Sosiaali- ja terveystieteiden keskus (SOTE-keskukset), jotka tarjoavat mm. lääkärin, sairaanhoitajan, psykologin, muistihoidajan tms. vastaanottopalvelut, omahoitotarvikejakelu sekä toiminta-, puhe, ja fysioterapian palvelut. Sosiaali- ja perhepalveluiden toimialaan kuuluvia palveluita ovat lapsiperhepalvelut, työikäisten palvelut ja sosiaalihuollon päivystys, psykososiaaliset palvelut, vammaispalvelut sekä toimialan johto, johon sisältyy Sosiaalialan kehittämiskeskus, yhdyspintatyö sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikkö. Perhe- ja sosiaalipalveluiden toimialan alla toimivaa Lapsiperhepalveluihin kuuluvat lasten ja nuorten hyvinvoinnin palvelut, opiskeluhuollon palvelut sekä perhesosiaalityö ja lastensuojelu. (Tietoa hyvinvointialueesta. <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/>)

Hyvinvointialueella toimii myös hyvinvointiverkosto, jota koordinoi alueellinen hyvinvointikoordinaattori. Verkosto on aloittanut toimintansa jo vuonna 2018. Verkosto koostuu kuntien hyvinvointikoordinaattoreista, kuntien ja järjestöjen sekä Hyvinvointialueen edustajista. Verkoston toiminnassa tavoitteena on laaja-alaisen hyvinvoinnin ja terveydenedistämistyön tuki kunnissa. Verkosto mahdollistaa verkostoitumisen ja yhteistyön, hyvien käytäntöjen jakamisen, yhtenevät toimintatavat sekä kehittämisen. Verkoston avulla yhteistyö ja terveydenedistämistyö tehdään näkyväksi. (Kuntien hyvinvointiverkosto. <https://paijat-sote.fi/ammattilaisille/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-alueellinen-koordinaatio/kuntien-hyvinvointiverkosto/>)

Kouluterveydenhuolto hyvinvointialueella asettuu Sosiaali- ja perhepalveluiden toimialaan. Toimialan sisällä kouluterveydenhuolto kuuluu Lapsiperhepalveluiden tulosalueeseen ja asettuu Oppilashuoltopalveluihin. Hyvinvointialueella on yhteensä 72 peruskoulua koulua. Kouluterveydenhoitajia hyvinvointialueella työskentelee 39. (Niemi 2023.)

Alueelle on laadittu toimintaohje neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän suun terveydenhuollon alueille. Toiminta ohjeessa mainitaan toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi keskeisinä Terveydenhuoltolaki (1326/2010), Kansanterveyslaki (66/1972), Oppilas- ja opiskelija-huoltolaki (1287/2013) sekä Valtioneuvoston Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009). Näiden lakien ja asetuksen pohjalta on kouluterveydenhuolto ja sen toteutus suunniteltu myös hyvinvointialueen kouluterveydenhuollossa.

Kouluterveydenhuollon toiminnan runko koostuu terveystarkastuksista, joiden sisältö määrittyy oppilaan ikävaiheen ja yksilöllisen tarpeen mukaan, noudattaen Kouluterveydenhuollon oppaan 2002 ja Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ohjeita. Kouluterveydenhuollossa työ on vastaanottotyötä, yhteistyötä kodin sekä koulun muun henkilöstön kanssa sekä erilaisten ryhmien ohjaamista. Alueella toteutetaan määräaikaiset tarkastukset oppilaille vuosittain. 1., 5. ja 8. luokilla toteutetaan laaja terveystarkastus, jossa seurataan lapsen kasvua, kehitystä ja hyvinvointia, haastatellaan myös huoltajia ja kartoitetaan koko perheen hyvinvointia. Laajennettuun terveystarkastukseen kuuluu myös opettajan arvio oppilaasta. Laajoissa tarkastuksissa on käytössä esitietolomakkeina THL:n lomakkeet. Tarkastuksissa pyritään saamaan erityisen tuen tarpeet esiin, tarjotaan tukea ja seuranta. Laajoista tarkastuksista terveydenhoitaja tekee yhteenvedot oppilashuoltoryhmälle, jossa yhteistyössä suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet. Kouluterveydenhuolto on osa koulujen oppilashuoltotyötä, johon terveydenhoitaja ja koululääkäri osallistuvat yhdessä muiden koulun henkilökunnan kanssa. (Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suunterveydenhuollon toimintaohjelma 2021)

Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman 2022–2025 mukaan alueen opiskelijahuollolla pyritään edistämään oppimista, hyvinvointia, terveyttä, sosiaalista vastuullisuutta, vuorovaikutusta, osallisuutta sekä oppimisympäristön terveellisyyttä ja esteettömyyttä. Oppilashuolto nähdään ennaltaehkäisevänä ja koko oppilaitoksen yhteisöllisyyttä tukevana toimintana. Myös yksilökohtaista oppilashuoltoa tarjotaan kouluilla ja oppilaitoksissa. Psykologi, kuraattori ja opiskeluterveydenhuollon palvelut kuuluvat näihin. Sote-uudistuksen myötä 1.1.2023 oppilashuollon kuraattori ja psykologipalvelut siirtyivät kunnilta hyvinvointialueen järjestämisvastuulle. Alueen opiskeluhuollon resurssit ovat hiukan maan keskiarvoa alemmalla tasolla. Vain lääkäriresurssit olivat maan keskiarvoa enemmän. (Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, 42.)

2.3.2 Perheiden ja lasten terveydenedistämistyö

Hyvinvointialueen alueen kuntiin on tehty lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma vuosille 2022–2025. Suunnitelman laadinnassa on käytetty taustatietoina kuntien hyvinvointikertomuksia, Sotkanet-tietokantaa sekä esim. kouluterveyskyselyn tuloksia. Suunnitelma on koottu ja laadittu hyödyntäen alueen monitoimijaista verkostoa. LAPE-työryhmä on ollut keskeisessä roolissa ja koonnutt yhteen sivistys-, sosiaali-, terveys-, järjestö- ja 3. sektorin toimijoita. Myös lapset ja nuoret ovat saaneet osallistua suunnitelman tekoon heidän mielipiteitään kuunnellen ja kysellen. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on osa alueellista suunnitelmien kokonaisuutta, joka on laadittu hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi. Suunnitelmia ohjaavat alueella hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen kärjet eli HYTE-kärjet. Näitä ovat osallisuus ja yhteisöllisyys, mielen hyvinvointi, arjen turvallisuus ja terveelliset elintavat. Läpileikkaavina toimintaperiaatteina suunnitelmissa ovat yhdenvertaisuus, kumppanuus ja oikea-aikaisuus. Keskeisimmiksi ongelmiksi kunnissa on todettu nousseen mielenterveyden ja vanhemmuuden toteutumisen ongelmat sekä päihitteiden käyttö. Asiakasmäärät lastensuojelussa ovat nousseet vuodesta 2010 lähtien ja tällä hetkellä huostassa olevien lasten määrä alueella on yli maan keskiarvon. Alueen koulutuksen ulkopuolelle jääneiden lukumäärä on maan 2. korkein ja nuorisotyöttömyys 3. korkeimmalla tasolla. Myös mielialaongelmat ja ahdistus nuorten parissa alueella ovat kärkisijoilla koko maan tilastoissa. Myös seksuaalista häirintää kokeneita ja vanhempien alkoholinkäytöstä haittaa kokeneiden määrä on maan keskiarvoa korkeammalla. Varhaisen tuen ja ennaltaehkäisyn merkitys nähdään Peruspalvelukeskuksessa tärkeänä. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin suunnitelmassa on luotu tavoitteita HYTE-kärkien mukaisesti. Tavoitteena on saada nuoret kiinnittymään koulutukseen, työelämään ja yhteisöihin. Lasten, nuorten ja perheiden kuulluksi ja nähdyksi tulemiseen kiinnitetään erityistä huomiota. Tavoitteena on turvata jokaiselle lapselle ja nuorelle läheltä löytyvä turvallinen aikuinen, jonka puoleen voi kääntyä. Alueen ennaltaehkäisevää tukea, matalan kynnyksen palveluita ja toimivia palvelupolkuja vahvistetaan. Ammattilaisten ja henkilöstön tietoutta tuetaan palveluihin ohjaamisessa, tuen tarpeen tunnistamisessa ja tietoa lisätään esim. päihteistä tai mielenterveyden haasteista. Alueen suunnitelmassa asetetaan lapset ja nuoret etusijalle koronakriisin jälkihoidossa. (Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, 5–37.)

Hyvinvointialueella panostetaan ehkäisevään työhön lapsiperheiden palveluissa. Ehkäisevää lastensuojelua ovat mm. neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Painopisteenä on osallisuuden

ja yhteisöllisyyden, mielen hyvinvoinnin, arjen turvallisuuden ja terveellisten elintapojen edistäminen. Konkreettisina keinoina lasten ja nuorten hyvinvoinnin suunnitelmassa 2022–2025 mainitaan keinoja esim. jokaisen tervehtimisestä ammattilaisten taitojen ja tiedon lisäämiseen. Vanhempien vastuuta lastensa hyvinvoinnista korostetaan, vahvistetaan vanhempien osallisuutta ja tuetaan heitä tekemään lapsen hyvinvoinnin kannalta hyviä valintoja. Neuvolassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa seulotaan terveyttä ja hyvinvointia vaarantavia tekijöitä perheissä. esimerkkinä näistä vanhempien päihteiden käyttö, väkivalta, mielenterveys tai parisuhdeongelmat perheissä. Toiminnan tarkoituksena on ongelmien varhainen tunnistaminen, varhaisen tuen tarjoaminen ja näin vähentää erityispalveluiden tarvetta. Myös yksilöllisten palvelupolkujen merkitystä korostetaan ja mahdollisuuksia perustasolta myös vahvemman avun piiriin siirtymistä tarvittaessa. (Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, 5–37.)

Hyvinvointialueen työn alla oleva toimintaohjelma neuvolatoiminnalle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle tuo esille terveyden edistämisen keinoina Neuvokas Perhe -elintapaohjausmallin ja kouluikäisten Liikuttava Seikkailu -ryhmän ohjaustoimintamallin ylipainon ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa puuttumisessa ongelmaan. Päihteisiin liittyvää ennaltaehkäisevää työtä tehdään yksilöllisissä terveystapaamisissa, terveystiedon opetuksessa yhdessä opettajan ja muun oppilashuollon kanssa. Alueella on ollut käynnissä 1.1.2019-31.10.2021 Huuma-hanke, jossa on luotu tehostettu puuttumisen malli sekä kehitetty dokumentointia ja tilastointia päihdetyössä. Alueella on käytössä myös ennaltaehkäisevä lähisuhdeväkivallan toimintamalli. Mielenterveyden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen apuun on kehitetty menetelmiä HYKS:n alueen yhteisessä hankkeessa, jossa on koulutettu henkilöstöä mm. uusien menetelmien ja työtapojen käyttöön. Näitä menetelmiä ovat olleet IPC-lyhytinterventiomenetelmä sekä Cool Kids – hoitomenetelmä ahdistushäiriöiden matalan kynnyksen hoitoon kouluterveydenhuollossa. (Niemelä 2023.)

Hyvinvointialueella toteutetaan lapsen oikeuksiin ja tietoon perustuvaa toimintakulttuuria. Lapsiperheille alueella on ennaltaehkäiseviä ja korjaavia palveluita. Ennaltaehkäiseviin palveluihin kuuluu mm. kulttuuri, liikunta, koulut sekä päivähoito. Alueella myös erilaiset järjestöt, yhdistykset, seurakunnat, nuorisotyö, oppilashuolto, kasvatus -ja perheneuvonta sekä terveystapaamiset edistävät terveyttä ennaltaehkäisevästi. Korjaavia palveluita perheille on saatavilla mm. lastensuojelusta, erikoissairaanhoidon piiristä sekä mielenterveys- ja päihdepalveluista. (Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, 38–40.)

Perhesosiaalityössä ja lastensuojelussa alueella on käytössä systeeminen toimintamalli. Malli perustuu luottamukselliseen suhteeseen, vuorovaikutukseen perustuvaan, voimavarakeskeiseen työskentelyyn, jossa lähtökohtana on lapsen yksilölliset tarpeet. Mallin käyttöönotto on vaatinut alueella tiimirakenteen muutoksia ja esim. perheterapeuttien mukaantulon palveluihin. Yhteistyö on moniammatillista ja asiakaslähtöisyys toteutuu niin arvona työskentelyssä kuin konkreettisena toimintana. (Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, 40–42.)

Perhekeskukset ovat alueen LAPE-työryhmän käynnistämää ja kehittämää toimintaa hyvinvointialueella. Perhekeskustoiminnan tavoitteena on, että jokainen lapsi, nuori ja perhe saisi tarvittavan avun ja tuen nopeasti. Perhekeskustoiminnalla vähennetään eriarvoisuutta, vahvistetaan ennaltaehkäisyä ja varhaista tukea ja sitä kautta hillitään myös syntyviä kustannuksia. Perhekeskustoiminnassa verkostoituvat kunnat, kuntayhtymät, järjestöt ja seurakunta. Perhekeskukset toimivat verkostomaisella toimintatavalla ja keskuksessa yhteensovitetään palveluita. Perhekeskus on myös fyysisesti paikka, josta on saatavilla palveluita sekä kohtaamispaikka. Puhekeskusten toimintaa ohjaavat vahvasti, yhteisten tavoitteiden lisäksi, kuntakohtaiset suunnitelmat. Alueellisen suunnitelman pohjalta saadaan yhteiset suuntaviivat ja tavoitteet. Jokainen kunta on omanlaisensa haasteinen, väestömäärineen ja tarpeineen. Alueellisen suunnitelman pohjalta toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi kunnissa, on konkreettista toimintaa, lähellä lasten ja nuorten arkea. (Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, 46–49.)

Hyvinvointialueen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa toteutetaan eri tahojen toimesta tukevaa, ennaltaehkäisevää ja korjaavaa työtä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Näihin palveluihin sisältyy myös perheneuvolapalvelut, jotka toteutetaan hyvinvointialueella Alaikäisten mielenterveys- ja perheneuvolapalveluina. Palvelut tarjoavat asiakkaille ilmaista palvelua kasvatus- ja perheneuvonnan, alaikäisten mielenterveyden sekä perheasiain sovittelun alueilla. Palvelut ovat 0–17-vuotiaiden lasten ja nuorten perheille. Lasten ja nuorten ja perheiden palveluina tuotetaan hyvinvointialueella myös lapsiperheiden kotipalvelua, perheasiainsovittelua, perheoikeudellisia palveluita, lasten ja nuorten kuntoutus ja apuvälinepalveluita, perheohjaus ja lähityötä, sekä sosiaalihuollon ja lastensuojelun palveluita. Monet näistä palveluista on saatavilla kuntien perhekeskuksista. (Lapsiperheille ja nuorille. <https://pajat-sote.fi/laakariin-ja-hoitoon/lapsiperheille-ja-nuorille/>)

2.4 Perhekeskeinen yhteistyö terveyden edistämässä

Suomessa työskentelyä perheiden kanssa ohjaavat erilaiset lait ja esimerkiksi Lapsen oikeuksien sopimus arvoineen. Lakien avulla turvataan perheille peruspalvelut, Perhepolitiikan avulla pyritään turvaamaan lapsille turvallinen kasvuympäristö ja vanhemmille mahdollisuudet taloudellisesti ja henkisesti perustaa perhe. Palveluilla pyritään tukemaan vanhempia kasvatustehtävässä arjen haasteiden keskellä. Tällaisia peruspalveluita ovat esimerkiksi terveysneuvonta neuvoloissa, koulu-terveydenhuollossa, äitiys- ja isyysrahat jne. (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 73–81.)

Perhekeskeisyys kertoo sosiaali- ja terveysalalla vallitsevasta työotteesta, jossa perhe on keskiössä, ei työntekijän näkemys perheen tarpeesta. Jo työn suunnittelu lähtee perheen tarpeista ja toimintatavoista. Perhekeskeisessä työssä on tärkeää, että perheen voimavarat lisääntyvät ja perhe valtaistuu eli kokevat, että heillä on valtaa päättää ja vaikuttaa omiin asioihinsa. Työntekijöiden on tärkeää nähdä perheen kokonaistilanne perheen näkökulmasta, jotta oikeanlainen tuki pystytään perheelle tarjoamaan. Perhekeskeisessä työssä perheen omaa asiantuntijuutta perheen asioista korostetaan. Työskentely on kumppanuutta perheen vanhempien, lasten ja työntekijöiden välillä. Perhelähtöinen työskentely vaatii eri hallinnonalojen ja sektoreiden välistä tiivistä yhteistyötä. Perheen saamissa palveluissa voi olla monialaisesti työntekijöitä, joiden keskinäisellä, toimivalla yhteistyöllä on suuri merkitys. (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 71–73.)

Children -lehden artikkelissa Fratantoni, Livingston, Schellinger, Aoun ja Lyon ym. (2022, 455) raportoivat tekemästään tutkimuksesta harvinaista sairautta sairastavien lasten palliatiiviseen hoitoon liittyvästä Respecting Choices – menetelmän käytöstä. Tutkimuksessa tuli esille, että perhekeskeisyyttä vanhemmat kokivat edistävän pitkäaikaiset suhteet eri tahojen kanssa. Luottamus syntyi perheen ja hoitotahojen välille. Etukäteissuunnittelulla hoidon suhteen saatiin aikaiseksi kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma, jossa pystyttiin huomioimaan perheen arvot, uskomukset, toiveet ja tavoitteet paremmin. Perheet kokivat erittäin tärkeänä, että perhe ja potilas olivat keskiössä ja perheen monimuotoisuus ja yksilöllisyys ymmärrettiin. Perheen mukana olo keskusteluissa koettiin tärkeäksi, heille jäi tunne kunnioittamisesta ja kuuntelusta. (Frantantoni ym. 2022, 455.)

Vanhemmat kokevat saavansa Lapsiperheiden hyvinvointi 2014 – kartoituksen mukaan hyvin apua lasten kasvuun ja kehitykseen liittyen. Vanhemmuuteen ja perheen tilanteeseen avun saanti koettiin vaikeammaksi. Myös parisuhteeseen liittyvät ongelmat, läheisväkivalta, tapaamisjärjestelyihin liittyvät vaikeudet ja yksinäisyys koettiin tuen tarpeena oleviksi asioiksi, joihin tukea ei ole riittävästi tarjolla. Ehkäisevän toiminnan vähäiset resurssit, varhainen tunnistaminen ja huolen liian myöhäinen puheeksi ottaminen olivat useimmiten syynä kokemukseen siitä, ettei apua ole riittävästi tarjolla. Palvelujärjestelmä on hajanainen, vanhemmilla ei ole tietoa palveluista ja tukimahdollisuuksista, eikä apua osata näin ollen hakea. Yhteiset toimintatavat ja periaatteet puuttuvat työyksiköistä ja kunnista sekä yhteistyö sektoreiden välillä vähäistä. Väestöryhmien terveyserojen kasvaminen tuo uusia haasteita palveluihin. Huonosti voivat perheet voivat yhä huonommin ja ongelmat kasaantuvat samoihin perheisiin. (Halme & Perälä 2014, 224–226.)

Smith, Swallow ja Coyne (2015) raportoivat artikkelissaan tutkimusta, jossa kirjallisuuskatsauksen avulla on tutkittu perhekeskeisyyttä ja kumppanuutta lapsen ollessa pitkäaikaisessa sairaalahoitossa. Mukana kirjallisuuskatsauksessa oli 30 tutkimusta. Artikkelin mukaan tutkimuksista tuli esille tarve luoda käytännöllinen kehys edistämään vanhempien osallisuutta sekä vanhempien ja hoitajien kumppanuutta lapsen hoidossa. Artikkelin mukaan vanhemmat olivat epävarmoja roolistaan lapsen hoidossa. Vanhempien roolin vahvistamien lapsen hyvinvoinnin edistämiseksi on varmasti tarpeen myös kouluterveydenhuollossa. Smithin, Swallowin ja Coynen (2015) mukaan vanhempia ei konsultoida tarpeeksi lapsen tarpeista ja heitä ei kuulla palveluita suunniteltaessa riittävästi. Käytännössä tämän toteutus oli vaikeaa. Artikkelissa tuli esille, että myös lapset halusivat osallistua enemmän omaan hoitoonsa. Heillä oli halu oppia enemmän hoidostaan ja osallistua päätöksentekoon. Tämä vaatii hoitajalta taitoa kuunnella ja osallistaa myös lasta itseään. (Smith, Swallow, Coyne, 2015, 11–17.)

Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto teoksessa Larivaara, Lidroos ja Heikkilä (2009) käsittelevät perhekeskeistä työtettä. Asiaa katsotaan pitkälti lääkäreiden työskentelyssä, mutta mainitaan myös asioiden sopivan tarkasteltaviksi muidenkin perheiden kanssa työskentelevien työntekijöiden työskentelyssä. Perhekeskeisyyden käsitteellistäminen lähtee heidän mukaansa Ludvig von Bertalanffyn 1940–60 –luvulla esittämästä systeemisestä tieteen teoriasta. Tässä teoriassa nähdään, että mitään inhimillistä kokonaisuutta ei voi ymmärtää tutkimalla vain yhtä erillistä osaa, irrallaan kokonaisuudesta. Tässä teoriassa tutkija on kiinnostunut osien välisistä vuorovaikutusilmiöistä. Perhekeskeisyys siis nähdään myös asiakkaan huomioimisena yksilönä sekä osana perhettä,

sukua, työyhteisöä ja muuta lähipiiriä. Perhekeskeisesti työskentelevä on kiinnostunut elimistön ja psyyken muutoksista ja oireista, vuorovaikutuksista perheessä ja niissä tapahtuvista muutoksista. Perhekeskeisen työn lähtökohtana nähdään perhe ihmisen tärkeimpänä sosiaalisena ympäristönä. Perheellä on suuri vaikutus yksilön terveyteen, sairastumiseen ja toipumiseen. Myös yksittäisen perheenjäsenen pahoinvointi vaikuttaa muihin perheen jäseniin. (Larivaara, Lindroos, Heikkilä 2009, 19–21.)

Jokaisella työntekijällä on omat arvonsa ja asenteensa sekä totuutensa asioista. Omien arvojen ja asenteiden tunnistaminen ja niiden vaikutukset työtapaan ovat keskeisessä asemassa tavoiteltaessa perhekeskeistä työtapaa. Perhekeskeinen työote vaatii työntekijältä myös uudenlaista terveys- ja sairauskäsitystä; somaattisen ja psyykkisen diagnoosin rinnalle elämäntilanne diagnoosia. Uudenlaiset haastattelutaidot ovat myös tarpeen. Tilan luominen keskustelulle, aito kuunteleminen ja kaikkien läsnäolijoiden huomina vaativat harjoittelua. Tähän käytettyjä menetelmiä on jo kehitelty ja käytetty. Tällaisia ovat esimerkiksi refleктоiva keskustelu, avoin dialogi, voimavarakeskeiset ja narratiiviset menetelmät. Koulutuksen myötä työntekijät saavat teoreettista tietoa, konkreettisia keinoja ja mahdollisuuksia harjoitella perheiden ja asiakkaan haastattelua. (Heikkilä & Lindroos 2009, 58–60, 67–68.)

Myös Sirviö (2010) näkee, että vanhempien osallisuuden tukeminen perheiden terveyttä edistävissä työssä on tärkeää. Osallisuuden kokemus syntyy riittävän tuen saannin ja arvostuksen tunteilla. Vanhemmat kokevat olevansa tasavertaisia asiakassuhteessa, kun heillä on tilaa ilmaista mielipiteensä ja osallistua päätöksen tekoon. Nykypäivän terveyden edistämistyössä osallisuutta vahvistavia menetelmiä on kehitettävä edelleen. Työskentelyn tulisi myös lapsiperheissä siirtyä lapsikeskeisyydestä perhekeskeisyyteen, sekä ongelmapuheesta vahvuuskeskeisyyteen. Vanhemmille tulisi konkreettisesti osoittaa työntekijöiden osalta heidän arvostuksensa vanhemman asiantuntijuudesta perheen asioissa. Työskentelyn paino piste tulisi asettaa entistä enemmän tulevaisuutta ennakoivaan toimintaan, siihen, miten terveyttä heikentävien tekijöitä voidaan välttää ja kuinka terveyttä edistäviä toimintatapoja voidaan vahvistaa perheissä. Myös moniammatillinen yhteistyö osallistavassa toiminnassa on tärkeää. Sen peruspilareita ovat oman osaamisen arvostus sekä toisen osaamisen tunnistaminen. Pitkäaikainen tehtävien yhdessä hoitaminen ja kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus edistävät moniammatillista yhteistyötä oikeaan suuntaan. (Sirviö 2010, 130–146.)

2.5 Perhekeskeisyys kouluterveydenhuollossa

Aiempaa tutkimusta perhekeskeisestä työstä kouluterveydenhuollossa on vähän. Kouluterveydenhuolto on Suomessa ainutlaatuista ja vastaavaa ulkomaista tutkimusta ei tästä syystä ole juurikaan tarjolla. Perhekeskeisyydestä ja asiakkaan osallisuudesta löytyy tutkimusta enemmän sairaalamaailmasta, jossa vanhempien läsnäolo ja osallisuus on erilaisessa roolissa kuin kouluterveydenhuollossa. Kuitenkin näen, että perhekeskeisyys sekä vanhempien osallisuus sekä näihin vaikuttavat asiat ovat samankaltaisia kaikessa perheiden ja vanhempien kanssa työtä tehdessä. Tästä syystä aiemmissa tutkimuksissa on mukana myös sairaala maailmaan sijoittuvia tutkimuksia.

Kouluterveydenhuollossa perheen ja lähiverkoston mukanaolo on luontaista ja keskeistä. Lapsen kehityksen vaiheissa perheen valinnoilla ja asioilla on suuri merkitys lapsen hyvinvoinnille. Lapsen oireilun taustalta löytyy yhä enemmän oireilua selittäviä tekijöitä perheen tilanteesta. Myös ongelmien ennaltaehkäisyssä perhe on keskeisessä asemassa. Kouluterveydenhuollossa pystytään hyvinkin varhaisessa vaiheessa puuttumaan tai ottamaan puheeksi perheen ongelmia tai haasteita. Perhekeskeisellä työotteella ollaan tietoisia perheen tilanteesta, havaitaan herkemmin perheen voimavarat ja ongelmat. (Hietanen-Peltola & Suontausta-Kyläinpää 2009, 155–156.)

Henkilökunnan vähyys vaikuttaa kouluterveydenhuollossa tarkastukset määrään ja laatuun. Aikaa jää liian vähän keskeiseen perhe- ja verkostotyöhön. Ensimmäisellä luokalla vanhemmat ovat vielä mielellään mukana lapset terveystarkastuksessa, mutta mukanaolo laskee sen jälkeen. Yleensä tieto lapsen terveystilanteesta kulkee tarkastuksista koteihin paperilapuilla tai puhelimitse. Vanhemmat toivoisivat tiiviimpää yhteistyötä ja odottavat kouluterveydenhuollosta perhekeskeisempää lähestymistä (Hietanen-Peltola & Suontausta-Kyläinpää 2009, 156.)

Yhteistyön parantamiseen nähdään keinoiksi järjestää tapaamisiin riittävästi aikaa. Luottamuksellisen ja kuuntelevan ilmapiirin myötä perheiden on helppo keskustella asioistaan: Myös sillä, että terveydenhoitaja ottaa esille asioita, voidaan helpottaa vanhempien yhteydenottoa jo ongelman varhaisvaiheessa. Tiedon jakaminen kouluterveydenhuollosta nähdään myös keskeisenä yhteistyön vahvistajana. Keinoina voi olla esimerkiksi vanhempainiltojen infot, tiedotteet ja internet. Tarkoituksena on tuoda esille kiinnostuneisuus oppilaasta ja tämän perheestä kokonaisuutena. Ottamalla perhe mukaan varhaisessa vaiheessa vahvistetaan vanhempien osallisuutta sekä madalle-

taan kynnystä osallistua, kun koko perhe on tervetullut. Usein myös ongelmien ilmenemisen varhaisessa vaiheessa kynnyks hakea apua on matalampi. Kouluterveydenhuollon vahvuutena perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi nähdään tuttuus ja luottamuksellisuus. Kouluterveydenhuollossa käyminen ei ole leimaavaa, koska siellä käyvät kaikki. Kaikki oppilaat tavoitettava toiminta antaa myös mahdollisuuksia puuttua varhain ongelmiin. Myös oppilaan tilanteen seuranta on helppoa kouluterveydenhuollon ollessa tiiviisti osa kouluuyhteisöä. (Hietanen-Peltola & Suontausta-Kyläinpää 2009, 156–159.)

Karikoski (2008) tuo esille vuorovaikutuksen ja yhteistyön rakentumisen vanhempien kanssa jo alusta lähtien. Hänen mukaansa yhteistyön käynnistyessä virallisesti ja harvoin, on vaikeaa rakentaa luottamuksellista vuorovaikutusta ja kasvatuskumppanuutta vanhempien kanssa. (Karikoski 2008, 27.)

Coyne (2014) tuo artikkelissaan esille osastohoidossa tutkittua perhekeskeistä hoitotyötä. Artikkelin tutkimuksessa selvitettiin kuinka vanhemmat ja hoitajat näkevät perhekeskeisen hoitotyön. Vanhempien läsnäolon lapsen hoidossa nähtiin vähentävän stressiä, lapset olivat yhteistyökykyisempiä ja paranivat nopeammin. Vanhempien läsnäolo vähensi pelokkuutta ja lapset tukeutuivat vanhempiin puolestapuhujinaan. Vanhempien asiantuntijuuden huomioiminen oman lapsen kohdalla nähtiin laadukkaan hoidon toteutumisen edellytyksenä. Kuitenkin käytännössä vanhempien ja hoitajien rooleissa ei ollut selkeyttä, mikä osaltaan johtui kommunikaation ja keskustelun puutteesta. Vanhempien panosta ei dokumentoitu ja turhaa aikaa kului asioiden jatkuvaan toistamiseen. Hoitajat eivät olleet tietoisia vanhempien toiveista ja tarpeista. Vanhemmilla on halua osallistua lapsensa hoitoon, lapset toivovat vanhempien osallisuutta ja läsnäoloa, mutta informaation, kommunikaation ja roolien selkeyttämisen puutteet nähtiin perhekeskeisen hoitotyön esteenä tutkimuksen mukaan. Hoitajien koulutus arviointiin, toimijoiden roolien selkiyttäminen ja kirjaaminen auttavat toimimaan yhteistyössä vanhempien kanssa. (Coyne 2014, 796–808.)

Halme, Perälä ja Laaksonen (2010) tuovat esille, kuinka toimivilla ja yhdenmukaisilla yhteistyökäytännöillä on yhteys palveluiden ja tuen jatkuvuuteen, etenkin siirryttäessä palveluista toiseen. Esimerkiksi koulun alussa hyvällä yhteistyöllä voidaan vaikuttaa koulumenestykseen, psykososiaaliseen hyvinvointiin, vanhempien tyytyväisyyteen ja osallisuuteen. Ongelmien tunnistaminen onnistuu varhemmin ja tuki osataan tarjota perheille oikea-aikaisesti. (Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 25–26.)

Poutiainen, Hakulinen-Viitanen ja Laatikainen (2014) tuovat artikkelissaan esille perheen merkityksen lapsen hyvinvoinnille. Artikkelissa käsitellään tutkimusta, jossa tutkittiin ään, sukupuolen, perherakenteen, äidin työllisyystilanteen ja vanhempien kokemuksen taloudellisesta tilanteestaan vaikutusta terveydenhoitajien kokemaan huoleen terveystarkastuksissa lapsen hyvinvoinnista. Terveydenhoitajille heräsi enemmän huolta lapsista, jotka elivät muussa kuin ydinperheessä. Myös työttömien äitien lapsien kohdalla huolta esiintyi muita verrokkeja enemmän etenkin psykososiaalisen kehityksen alueella. Vanhempien kokemus tulojen riittämättömyydestä taas näkyi terveydenhoitajien kasvaneena huolena etenkin poikien kohdalla. Koululla, perheellä ja muilla kasvuympäristöillä on suuri merkitys lapsen kehitykselle, kasvuille ja elintavoille. Tästä syystä huomiota tulisi entistä enemmän kiinnittää koko perheen neuvontaan ja ohjaukseen. Tutkimuksesta ilmeni, että perheen rakenteen muutoksiin tulisi perheiden palveluissa kiinnittää enemmän huomiota. Vanhempien voimavaroja jokapäiväisessä perhe-elämässä tulisi tukea neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. (Poutiainen, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, 255–234.) Tämä tutkimus vahvistaa myös sen näkemyksen, että perheellä ja sen muutoksilla ja valinnoilla on suuri merkitys lapsen hyvinvointiin sekä terveeseen kasvuun ja kehitykseen. Tutkimuksessa tulee myös hyvin esille, kuinka terveydenhoitajat lapsiperheiden palveluissa, neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa, tunnistavat huolen niiden lasten osalta, joiden perheessä on joitakin ongelmia. Tämä ammattitaito ja osaaminen tulisikin entistä tehokkaammin hyödyntää perhekeskeisessä työssä myös kouluterveydenhuollossa. Monien tutkimusten mukaan varhainen puuttuminen ja oikea-aikainen tuki ovat tehokkaimpia koko perheen hyvinvointia parantavia työmuotoja.

Lapsiperheen ja työntekijöiden yhteistyöhön liittyvien aiempien tutkimusten perusteella vanhemmat ovat tyytyväisiä palveluihin, mutta yhteistyö koetaan tiedon yksipuoliseksi vaihtamiseksi, tiedottamiseksi. Vanhemmat kokevat, etteivät tule kuulluksi tai heidät suljetaan yhteistyön ulkopuolelle. Hyvän yhteistyön on todettu vähentävän vanhempien stressiä, etenkin lapsen elämään liittyvissä muutosvaiheissa, kuten koulun aloittamisessa. Hyvä yhteistyö perheen kanssa myös tekee työntekijöiden näkökulmasta työn mielekkäämmäksi ja parantaa myös työntekijöiden keskinäisiä suhteita sekä suhdetta perheeseen sekä vuorovaikutusta. Jakobsen & Severisson (2006) toteavat tutkimuksessaan, että vanhemmat myös kokevat, ettei heitä haluta mukaan, työntekijät ovat vain vähän kiinnostuneita yhteistyöstä ja työskentely on työntekijäkeskeistä. Mäenpään ja Åstedt-Kurjen (2008) tutkimuksessa vanhemmat olivat tutkimuksen mukaan kokeneet terveydenhoi-

tajat ammattitaitoiseksi ja luotettaviksi, sekä omaavan kykyä arvioida lapsen terveyttä ja hyvinvointia. Vanhempien mukaan kuitenkin psyykkisen hyvinvoinnin arviointi jäi usein fyysisten asioiden varjoon. Terveystarkastajalta toivottiin koulussa näkyvämpää roolia perheiden terveyden edistäjänä sekä enemmän aikaa lapselle ja perheelle. Kirjallista ja suullista palautetta lapsen terveydentilasta odotettiin nykyistä enemmän. Vanhemmat kokivat tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien tiedot perheestä pinnallisiksi ja lapsen terveyttä tarkasteltiin irrallaan perheestä ja kodista. Myös vanhemmuuteen toivottiin kouluterveydenhuollosta enemmän tukea. (Jakobsen & Seversson 2006, 27–30; Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008, 27–30.)

Halmeen, Perälän ja Laaksosen (2010) kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin vanhempiin kohdistuneita interventioita. Osallisuus ja sitoutuminen nousivat esille keskeisinä. Osallisuutta ja sitoutumista edistettiin tukemalla vanhemmuutta ja perhettä, ongelmien varhaisella tunnistamisella, oikea-aikaisella tuella, päätöksentekoa ja ongelman ratkaisua edistävällä toiminnalla sekä perheen omaa asiantuntijuutta korostamalla. Tarjoamalla vanhemmille tietoa lapsen kehityksestä ja tukemalla emotionaalista suhdetta vanhempien ja lapsen välillä voidaan parhaiten vaikuttaa perheen hyvinvointiin. Keskeisenä nähtiin perhekeskeisen toiminnan, rakenteiden ja yhteistyökäytäntöjen rakentaminen niin, että lapset ja vanhemmat tulevat kuulluksi. Työntekijöihin kohdistuneissa interventioissa yhteistyö, yhdessä tekeminen, verkostoituminen, perhekeskeisyys, kumppanuus ja moniammatillisuus nousivat keskeisiksi keinoiksi vaikuttavuutta arvioitaessa. Näitä osa-alueita oli kehitetty palveluohjauksella, kumppanuuskoulutuksella, kokoamalla moniammatillisia verkostoja, työparityöskentelyllä, yhteisistä käytännöistä sopimalla sekä perheen huomioimiseen painottuvien työmenetelmien käyttöönotolla. Keskeisenä työvälineenä nähtiin huoli ja siihen tarttuminen sekä avun etsiminen perheelle. Ehkäisevään toimintaan liittyviä interventioita oli vähän ja tutkimusten interventiot keskittyvät vahvasti perheiden pulmatilanteisiin. (Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 92–96.)

Vehviläisen (2012) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä tutkittiin asiakkaan osallisuuden vahvistamista kouluterveydenhuollossa. Hänen tutkimuksensa mukaan vanhemmilla oli pääsääntöisesti hyviä kokemuksia kouluterveydenhuollosta. Vanhempien ja kouluterveydenhoitajan kontaktien vähyden vuoksi kouluterveydenhuolto nähtiin kuitenkin etäisenä. Terveystarkastuksessa koettiin terveydenhoitajien ohittavan täytetyt kyselykaavakkeet ja toivottiin enemmän avoimia kysymyksiä tarkastuksessa, perheen tilanteesta tai vanhempien kuulumisista. Viestintä Wilman kautta koettiin positiivisena, lisäksi toivottiin puhelimitse tapahtuvaa yhteydenpitoa sekä

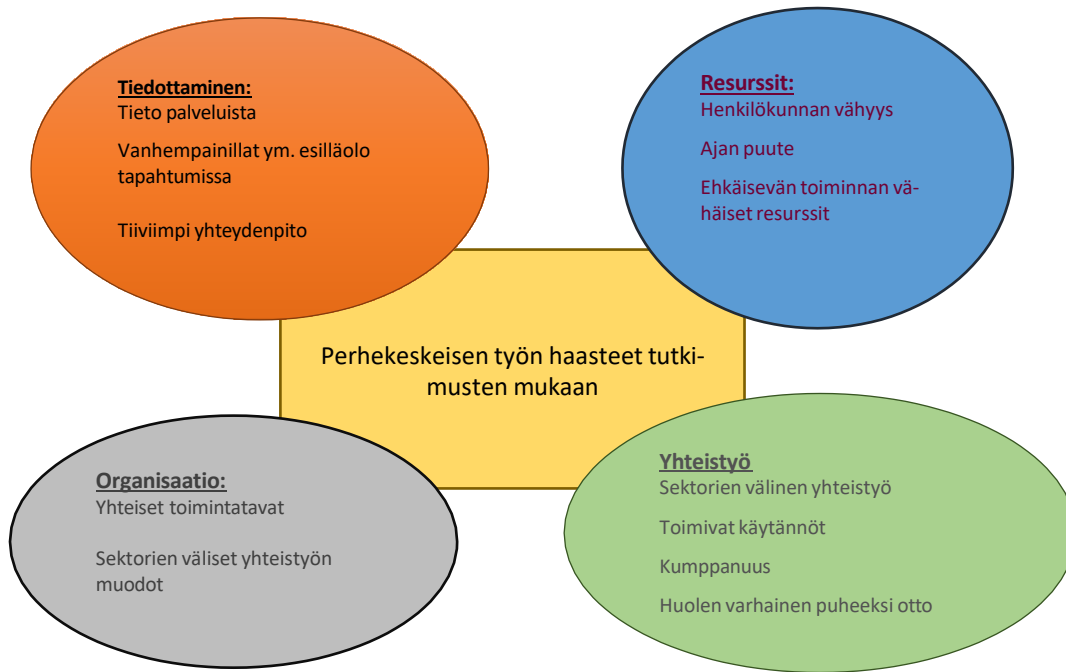
kahdenkeskistä aikaa terveystarkastuksissa niin, ettei lapsi ole paikalla. Vanhemmat kokivat osallisuuden edistävän parhaiten luottamuksellisen suhteen kautta, sekä sillä, että terveydenhoitaja on tuttu, pysyvä ja hänen tapansa kohdata perhe ja lapsi ovat miellyttävät. Vanhemmat kaipasivat myös entistä enemmän tietoa kouluterveydenhuollon palveluista, sen sisällöstä, tavoitettavuudesta sekä palautteen antamisen mahdollisuuksista. Terveydenhoitajan toivottiin osallistuvan enemmän koulun yhteisiin tapahtumiin, kuten tutustumispäiviin tai vanhempainiltoihin. Osallisuutta koettiin heikentävän kiire, ajan puute ja joustamattomuus vastaanottoajoissa. Vanhemmat toivoivat ilta-aikoja tai mahdollisuutta keskusteluun puhelimitse, mikäli työn takia terveystarkastukseen osallistuminen ei ole mahdollista. (Vehviläinen 2012, 38–43.)

Mäenpää, Paavilainen ja Åsted-Kurki (2013) tuovat artikkelissaan esille, kuinka kommunikointi kouluterveydenhuollon ja kodin välillä on usein ongelmalähtöistä. Yhteydenpito ei ole ennalta suunniteltua tai säännöllistä, vaan keskittyy riskitekijöihin lapsen terveyden ja hyvinvoinnin suhteen. Tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat kokivat vanhempien osallisuuden hyvin tärkeänä ja näkivät, ettei lasta voi auttaa, ellei koko perhe ole osallisena. Terveystapaamisissa oppilaat kuitenkin kokivat, ettei perheen tilanteesta juteltu riittävästi ja perheet kokivat saavansa vähän huomiota kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhoitajat myös arastelivat ottaa puheeksi asioita, koska pelkona oli luottamuksellisen suhteen vaikeutuminen vanhempien kanssa. Terveydenhoitajat myös kokivat antavansa paljon tietoa perheille, mutta saavansa hyvin vähän tietoa perheestä. Vanhempien kokemuksen mukaan terveydenhoitajien tieto oli pinnallista ja sitä oli niukasti. Enemmän kaivattiin tietoa terveystarkastuksen sisällöstä, selityksiä ja valintojen vaikutuksia juuri oman lapsen terveyden kannalta. Oppilaat kokivat myös terveydenhoitajan antaman tiedon olevan yleisellä tasolla, jonka perusteella heidän mielestään oli vaikeaa yhdistää, mitkä valinnat juuri omalla kohdalla olisivat merkittäviä. Tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat, että lapsen terveydestä huolehditaan hyvin ja sitä seurataan kirjaamalla kasvu ym. tietoja. Terveydenhoitajat kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa vanhempien kanssa tehtävälle yhteistyölle. Perheillä on usein monia ongelmia, joiden hoitaminen vaatii paljon aikaa, jolloin terveydenhoitajat jättivät asiat vähemmälle huomiolle, koska ei ole aikaa alkaa hoitaa moninaisia ongelmia perheen kanssa. Vanhemmat myös kokevat tarpeelliseksi, että terveydenhoitajan työhön sisältyisi entistä enemmän lapsen terveyden edistämiseksi tehtävää työtä koulu yhteisön sisällä. Myös vanhemmuuteen toivottiin entistä enemmän tukea kouluterveydenhuollosta. (Mäenpää, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2013, 195–202.)

Mäenpään, Paavilaisen ja Åstedt-Kurjen (2013) artikkelissa tuodaan esille, kuinka vanhemmat pitävät tärkeänä, että kouluterveydenhoitajat ovat tavoitettavissa lasta varten. Terveystarkastajat kokivat, että yhteistyö vanhempien kanssa tuo työhön tarkoitusta ja turvallisuuden tunnetta, kun vastuu on jaettu vanhempien kanssa. Vanhempienkin mielestä yhteistyö on tärkeää, mutta heille oli enemmän epäselvää se, minkälaisissa asioissa kouluterveydenhoitajaan voi olla yhteydessä. Yhteydenpitoon toivottiin yleisesti terveydenhoitajan aloitetta, jonka jälkeen yhteydenpito tuntui vanhemmista helpommalta. Kouluterveydenhoitajat koettiin luotettaviksi, tukeviksi ja helposti lähestyttäviksi. Vanhemmat kokivat enemmän mahdollisuuksia keskusteluille, etenkin kasvatusasioista sekä lapsen elämään liittyvissä siirtymävaiheissa, esim. koulun alkaessa tai murrosiän vaiheissa. (Mäenpää, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2013, 195–202.)

Mäenpää (2008) tuo väitöskirjassaan esille yhteistyön toimintatapoja kouluterveydenhuollossa. Hänen mukaansa yhteistyö vanhempien kanssa toteutuu tiedottamisena, terveystarkastuksissa, terveystarkastuksissa vanhemmille, vanhempainilloissa sekä kotikäynneillä. Tiedottaminen lisää vanhempien tietoisuutta kouluterveydenhuollosta ja antaa vanhemmille valinnan vapautta, jota työntekijän tulee kunnioittaa. Terveystarkastuksiin osallistumalla vanhemmat saavat tietoa lapsensa terveydestä ja hyvinvoinnista. Vanhempainilloissa voisi Mäenpään (2008) mukaan olla enemmän terveystietoa tai voimavaroja lisäävää keskustelua. Mäenpää (2008) tuo esille myös kotikäynnit osana kouluterveydenhuoltoa. Nykyisin kotikäynnit toteutuu kouluterveydenhuollossa hyvin vähän. Koti koetaan kuitenkin turvallisempaan ympäristöönä kuin terveydenhoitajan vastaanottotilat. Tämä edistäisi luottamuksellisen ja myönteisen suhteen muodostumista perheen kanssa. (Mäenpää 2008, 33–34.)

Aiempiin tutkimuksiin perehtymällä, suurimmiksi ongelmiksi perhekeskeisen, vanhempien osallisuutta tukevan työn esteiksi ja haasteiksi näyttäisi muodostuvan neljän suuremman osa-alueen alle muodostuvat asiat. Kuviossa 1 on jaoteltu tiedonhaun perusteella löytyneet ongelmakohdat perhekeskeisen ja vanhempien osallisuutta tukevan työn esteet.



Kuvio 1. Yhteenveto perhekeskeisen työnteon haasteista kouluterveydenhuollossa (Mäenpää 2008, Vehviläinen 2012, Halme, Perälä, Laaksonen 2010 ym.)

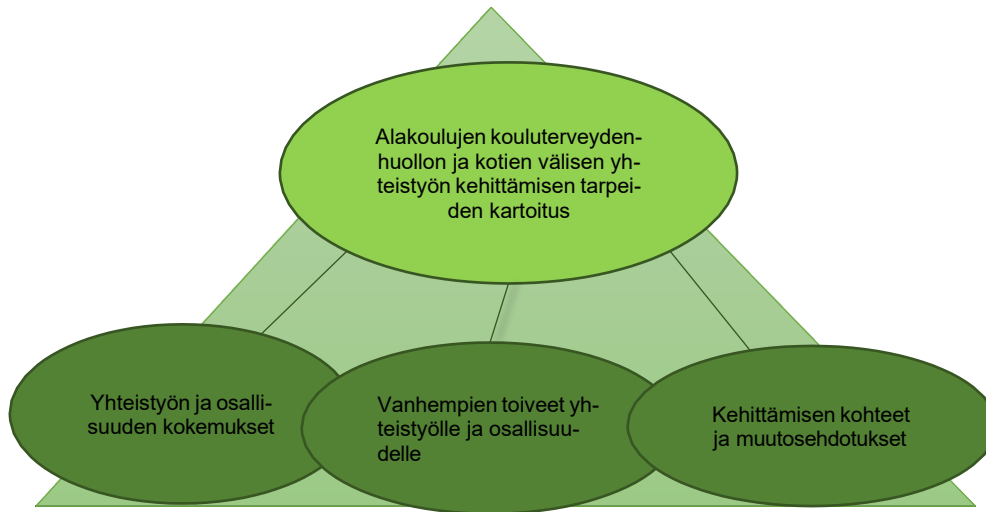
3 Tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kokemuksia kotien ja kouluterveydenhuollon välisestä yhteistyöstä sekä ajatuksia yhteistyön toimivista käytännöistä vanhempien näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kehittämisen tarpeita perhekeskeisen kouluterveydenhuollon kehittämiseksi Päijät-Hämeen hyvinvointialueen alueella.

Tutkimustehtävät

1. Minkälainen yhteistyön ja osallisuuden kokemus vanhemmilla on kouluterveydenhuollosta?
2. Mitä osa-alueita koetaan tarpeelliseksi kehittää yhteistyön ja osallisuuden parantamiseksi?
3. Miten/millä keinoilla yhteistyö toimisi parhaiten?



Kuvio 2. Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Myös Hirsjärvi ja Hurme (2010) korostavat laadullisen tutkimuksen tuovan esille tutkittavien havainnot tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2010, 27). Tästä syystä laadullinen tutkimusmenetelmä sopii opinnäytetyön aihepiiriin. Opinnäytetyön tarkoituksena on löytää asioita, joihin kiinnittämällä huomiota voitaisiin kouluterveydenhuollossa kehittää työskentelyä perhekeskeisempään suuntaan. Tämän vuoksi laadulliset menetelmät aineoston keruussa sopivat tähän tutkimukseen määrällistä metodiikkaa paremmin.

Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 27) mukaan Layder (1993) on määritellyt, että *”mitä lähemmäs yksilöä ja vuorovaikutusta tullaan, sitä suurempi syy on valita kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä”* (Hirsjärvi & Hurme 2010, 27).

4.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukon valinnassa käytettiin ei-satunnaista osallistujien valintaa sekä lumipallo-otantaa. Metsämuurosen (2011) mukaan ei -satunnaisesti valittu joukko lähtee tutkijan mielenkiinnosta. Hänen mukaansa osallistujien valinta perustuu harkintaan ja haluun saada tietoa oleellisilta henkilöiltä. Tässä tutkimuksessa käytettiin osaltaan myös ositettua otantaa. Tämä tapa valita osallistujat, mahdollistaa Metsämuurosen (2011) mukaan sen, että mukaan voidaan valita tiettyjä ryhmiä. Haastateltaviksi valittiin vanhempia, joilla on tai on ollut useampi lapsi kouluterveydenhuollon asiakkaana. Näin ollen heillä oli myös pidempi kokemus kouluterveydenhuollosta. Mukaan valittiin perheitä, joiden lasten asioissa on ollut laajempaa tarvetta oppilashuollon palveluille. Näin ollen saatiin paremmin tietoa myös yhteistyöstä oppilashuollon toimijoiden ja perheen kanssa. (Metsämuuronen 2011, 61–63.)

Lumipallo-otannassa mukaan valitaan aluksi muutama informantti, joka on hyvin mukana ilmiössä. He ehdottavat uusia henkilöitä haastateltavaksi ja näin kohdejoukko laajenee. Tällä otannalla haastateltaviksi saadaan ne, jotka ovat keskeisessä asemassa tutkimusongelman kannalta. Haastateltavien määrä muotoutuu haastattelujen edetessä. Haastattelut lopetetaan, kunnes ei tule enää uusia haastateltavia, tutkijan resurssit ja aika eivät enää riitä tai uudet haastateltavat eivät enää anna tutkimuksen kannalta uutta tietoa. Tässä menetelmässä voi kuitenkin piillä harhan mahdollisuus. Tutkijan harkinnan varaisuus on kiinni paljon tutkijan omasta oppineisuudesta, siitä kuinka helposti hän löytää tai huoma uusia näkökulmia. Myös haastateltavien valinnalla on tärkeä rooli. Haastateltavien kyky antaa tietoa on tärkeämpää kuin haastateltavien määrä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 59–60.)

Ensimmäiset haastateltavat löydettiin rekrytoimalla heidät alueen kouluterveydenhoitajien välityksellä. Ehdotuksia haastateltavista vanhemmista tuli terveydenhoitajilta, yhteensä 2 vanhempaa. Tämän jälkeen olin yhteydessä haastateltaviin, toimitin sähköpostitse tiedotteen itsestäni, opinäytetyöstäni ja sen tavoitteista sekä haastattelun teemat (liite1 ja liite2) ja sovin ajat haastatteluille. Lumipallo-otantaan kuuluvasti sain haastatteluiden jälkeen haastateltavilta yhteystiedot vielä neljästä mahdollisesta haastateltavasta. Heistä 3 suostui haastateltavaksi, kaksi kieltäytyi.

Haastattelusta toteutin esihaastattelun, jolla oli tarkoitus testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä, kysymysten muotoilua ja haastatteluun kuluvaan aikaa (Hirsjärvi & Hurme 2010, 72–73).

Esihaastattelussa huomasin tarvetta korostaa tiedottaminen-teeman alla tietoa kouluterveydenhuollon palveluista, etenkin tietoa niiden sisällöistä. Kouluterveydenhuolto miellettiin osaksi koulun toimintaa ja vastauksesta tuli enemmän esille tiedottaminen opettajien taholta koulun asioissa. Myös organisaatioteeman alla huomasin tarpeelliseksi selvittää, onko ylipäätään oppilashuolto -käsite tuttu haastateltavalle. Myös sektorien välisessä yhteistyössä huomasin olevan tarvetta selventää eri sektoreita tarkoittamaan lastensuojelua, terveysaseman palveluita ja keskussairaalan lastentautien, -neurologian ja -psykiatrian sekä perheneuvolan palveluita, sekä näiden yhteistyötä kouluterveydenhuollon kanssa vanhempien näkökulmasta. Yhteistyö-teeman alla oli kysymys toimivista yhteistyökäytännöistä ja toimintamalleista kouluterveydenhuollossa. Tähän kysymykseen vanhemmalla, kouluterveydenhuollon asiakkaana, ei juurikaan ollut sanottavaa ja huomasinkin kysymyksen olevan aseteltu enemmänkin työntekijän näkökulmaan kuin asiakkaan, joten jätin sen kokonaan pois haastattelusta. Näin yhteistyöteeman alla keskityttiin paremmin kouluterveydenhuollon ja perheen väliseen yhteistyöhön, kumppanuuteen ja perhekeskeisyyteen.

4.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruu menetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 34) mukaan haastattelu sallii täsmennyksen ja perustelut vastauksille. Teemahaastattelussa edetään teemojen ja tarkentavien kysymysten varassa. Pyrkimyksenä oli saada vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. Haastattelutilanteessa on mahdollisuus selventää asioita ja väärinkäsityksiltä välttyään kyselyä herkemmin. Haastattelun tarkoituksena oli saada mahdollisimman paljon tietoa ilmiöstä, haastattelun teemat ja aihepiiri olivat tiedossa haastateltavalla etukäteen. Haastattelun etuna oli myös se, että haastateltaviksi voitiin valita ne, joilla on asiasta parhaiten kokemusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–75; Hirsjärvi & Hurme 2010, 34.)

Haastattelun ollessa tutkimuksen aineiston keruu menetelmä, halutaan korostaa ihmistä subjektina. Haastattelu antaa mahdollisuuden tuoda vapaasti esille itseä koskevia asioita. Haastattelun aikana on tutkijalla myös mahdollisuus motivoida jatkuvasti haastateltavaa. Haastattelun avulla voidaan myös saada esille kuvaavia esimerkkejä ilmiöstä ja haastattelu sopii hyvin menetelmäksi tutkittaessa emotionaalisia alueita. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35–36.)

Haastatteluissa tutkijan tehtävänä oli välittää kuvaa ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista. Haastattelu on aina vuorovaikutuksellista keskustelua, jolla on ennalta päätetty tavoite ja tarkoitus. Haastattelu tähtää informaation keräämiseen. Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua, puolistrukturoitu haastattelu, jossa näkökohta on ennalta päätetty. Teemahaastattelu on kohdennettu joihinkin tiettyihin teemoihin. Teemat nousevat tutkijan alustavasta selvittelystä, koskien tutkittavaa ilmiötä. Sisällön ja tilanteen analyysin avulla tutkija päätyy tiettyihin oletuksiin, jonka pohjalta muodostetaan haastattelurunko, joka suunnataan haastateltavien kokemuksiin ilmiöstä. Haastattelu etenee teemojen varassa ja tuo tutkittavan äänen kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 41–42, 47–48.)

Haastattelun teemat perustuivat teemahaastattelussa opinnäytetyön viitekehukseen. Haastattelun runko muodostui aiemmista tutkimuksista nousseiden, perhekeskeisen työn haasteiden ympärille. Kuviossa 1. (s. 30) on jaoteltu haasteet neljään osa-alueeseen; Tiedottamiseen, Resursseihin, Organisaatioon sekä Yhteistyöhön. Jokaisen otsikon alle on jaoteltu asioita, joka ovat tutkimusten mukaan aiheuttaneet ongelmia perhekeskeisen hoito- ja yhteistyön toteutumiselle. Hirsjärven ja Hurmeen (2010) mukaan teemahaastattelun sisällön suunnittelu lähteekin liikkeelle teemojen suunnittelusta. Teema-alueet, joiden alle muodostuvat haastattelukysymykset, toimivat haastatelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Haastattelutilanteessa teemoja tarkennetaan kysymyksillä. Liitteessä 3. on esitetty opinnäytetyön teemahaastattelun runko aineiston keruuta varten. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 66–67.)

Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan haastattelun avulla saadaan vastaus kysymyksiin ja tutkija voi haastattelun edetessä tarkentaa kysymyksiä. Haastattelu kasvokkain antaa hyvän mahdollisuuden toistaa kysymyksiä tai selventää sanamuotoa. Kun valitaan ilmiöön perehtyneet henkilöt haastateltavaksi, näin olen saada tarkempaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Myös aineiston laajuus voidaan rajata pienemmäksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 62–63)

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina alakouluikäisten oppilaiden vanhemmille. Heillä oli yksi tai useampi lapsi koulun oppilaana, ja siten asiantuntemusta tutkittavasta aiheesta, kouluterveydenhuollon asiakkaina. Haastattelut kestivät noin 20–30 minuuttia. Välillä aihe karkasi kysymysten ulkopuolelle, mutta palautin keskustelun taas kysymysten pariin. Jotkin kysymykset eivät olleet perheen kohdalla ajankohtaisia tai heillä ei ollut kokemusta esim. oppilashuollon palveluista.

Haastattelut suoritettiin pääsääntöisesti haastateltavien kotona. Haastattelut nauhoitettiin digitaalilla nauhurilla, jonka jälkeen ne litteroitiin. Litteroinnin jälkeen alkoi aineiston analysointi. Haastateltavia kertyi yhteensä 5 henkilöä. Tälläkin otannalla huomasi vastausten toistavan pitkälti samoja aiheita ja mielipiteitä. Näitä teemoja oli jo nähtävissä aiempien tutkimustenkin perusteella. 5 henkilön haastatteluista aineistoa kertyi kiitettävästi ja opinnäytetyön resurssienkin puitteissa, koin tämän määrän haastatteluja riittäväksi.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Aineisto opinnäytetyössä koostuu vanhempien yksilöhaastatteluista. Aineisto analysoitiin sisällön analyysia käyttäen. Sisällön analyysi menetelmällä voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua aineistoa. Menetelmässä tehdään havaintoja aineistosta ja analysoidaan niitä systemaattisesti. Tarkoituksena on erotella erilaisuuden ja samanlaisuudet ja selittää sisältöä sellaisenaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–24.)

Aineistolähtöinen analyysi sopi opinnäytetyön aineiston analyysiksi, koska aineistosta nousevat asiat ovat tutkimuksen kannalta merkityksellisiä. Aineiston pelkistämisessä aineistolle esitetään tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä, jonka mukaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ryhmitellään samaksi luokaksi ja nimetään. Abstrahointivaiheessa yhdistellään saman sisältöisiä luokkia ja saadaan yläluokkia. (Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä 2003, 24–30.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018) tuvat esille aineiston analyysin aloittamisessa tutkittavan, mielenkiinnon kohteena olevan tiedon tunnistamisen. Nämä ilmaisut pelkistetään. Tässä vaiheessa epäolennaiset asiat karsitaan pois. Sen jälkeen samaa kuvaavat pelkistykset luokitellaan samaan kategoriaan ja annetaan sisältöä kuvaava nimi luokalle. Luokittelu jatkuu edelleen yhdistämällä samansisältöiset alaluokat edelleen yläluokiksi, joille myös annetaan sisältöä kuvaava nimi. Luokkien avulla vastaan tutkimustehtävään. Pelkistäminen ja ryhmittely ovat jo aineiston kuvailua. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86–93)

Nauhoitettua haastattelua kertyi yhteensä 1 tunti 34 minuuttia ja 33 sekuntia. Haastattelut litteroin ja aineistoa kertyi 15 sivua. Litteroinnin jälkeen lähdin luokittelemaan aineistoa ja poimimaan haastatteluista autenttisia ilmauksia Excel taulukkoon, jonka jälkeen pelkistin ilmaukset. Pelkistykseen jälkeen ryhmittelin samaa kuvaavat ilmaukset yhteen, näistä muodostui alaluokkia. Jatkoin

luokittelua edelleen, kooten yhteen samankaltaisia sisältöjä ja sain muodostettua niistä edelleen yläluokkia. Taulukossa 1 näkyy ote luokittelusta analyysiä tehdessä.

AUTENTTINEN ILMAISU	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<i>Tapaamisissa kohdataan yksilöinä</i> <i>Mielelläni olen mukana (tarkastuksissa)</i> <i>Ihan hyvä kokemus (kumppanuudesta)</i> <i>en koe siinä mitään negatiivista (vastaanotossa)</i> <i>Kun vastaanotolle pääsee, niin on hyvää se (kohtaaminen).</i>	Tapaamisissa kohdataan yksilöinä Osallistutaan mieluusti tarkastuksiin Hyvä kokemus kumppanuudesta Vastaanotossa ei negatiivista Vastaanotolle päästyä koetaan kohtaaminen hyvänä	Kohtaaminen perheenä miellyttävää		
<i>Silloin kun olin mukana, oli sijainen</i> <i>vakituista terkkää en ole tavannut on se vaihtuvuus siinä /(terveydenhoitajissa)</i>	Vastaanotolla sijainen Vakituista terveydenhoitajaa ei ole tavattu Terveydenhoitajien vaihtuvuus	Terveydenhoitajan vaihtuvuus ikävää		
<i>kun on ollut pidempään sama terveydenhoitaja, niin silloin se alkaa tuntea perhettä tietää sisaruksia (pysyvä th)</i> <i>ja kyselemään ihan eri tavalla asioita (pysyvä th)</i> <i>ja alkaa olla paljon enemmän tietoinen (pysyvä th)</i> <i>Se (pitkään ollut sama terveydenhoitaja) on ollut hirveän hyvä asia oma terveydenhoitaja. Onhan se hieno juttu!</i> <i>Yhteistyö on ihan erilaista, jos on tuttu ja pysyvä</i> <i>Pysyvyys tekee sen, että tulee paremmin kohdatuksi perheenä</i> <i>Johan se neuvolan tätikin alkaa nähdä, että nyt on jotain (haasteita perheessä). Tuttu ihminen.</i>	Pysyvä terveydenhoitaja tuntee perheen Tunnetaan sisarukset Osataan kysellä eri tavalla perheen asioita Tietoisuus perheen asioista kasvaa Pysyvä th on tärkeä Oma terveydenhoitaja on hienoa Tutun kanssa yhteistyö erilaista Tutun kanssa tulee kohdatuksi paremmin perheenä Neuvolassa tuttu ihminen näkee haasteet perheessä	Tuttu terveydenhoitaja perheen tukena	Perhekeskeisyys kouluterveydenhuollossa	
<i>Ei se (perhekeskeisyys) ole sellaista sieltä puolelta lähtevää</i> <i>Kyllähän ne aikapaljon lapsen asioiden ympärillä ne asiat on pyörineet</i> <i>En ole sellaiseen perhekeskeisyyteen hirveästi törmännyt</i> <i>Enkä kyllä osannut edes odottaa sitä (perhekeskeisyyttä)</i> <i>Ne perhekeskeiset avut, joita olemme tarvinnut, niitä ei pysty kouluterveydenhuolto tuottamaan meille (neuvolan tapainen toiminta) vaatisi ihan hirveästi resursseja sinne, kun oppilaita on hirveät määrät</i> <i>Paljon mahtuu niidenkin (laajojen tarkastusten) väliin vuosia</i> <i>ne on niin sanotusti raskaamman sarjan palveluita mitä me tarvitaan</i> <i>Se niiden kyselykaavake (laajoissa tarkastuksissa) oli hyvä</i>	Perhekeskeisyys ei ole kouluterveydenhuollosta lähtevää Lapsen asiat keskiössä Ei olla koettu perhekeskeiseksi Perhekeskeisyyttä ei osata odottaa Kouluterveydenhuolto ei tarpeeksi vahva palvelu tarpeeseen Resurssit liian vähäiset perhekesk. työhön kouluterv.huollossa Laajojen tarkastusten välit pitkät Perheellä tarve vahvemmalle perhetyölle Laajojen tarkastuksen kyselyt hyviä	Vähän perhekeskeisyyttä		Perhe asiakkaana kouluterveydenhuollossa

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä.

Opinnäytetyö tuotti tietoa kehittämistyön pohjaksi hyvinvointialueella. Tämän vuoksi halusin kerätä ja analysoida tietoa mahdollisimman aineistolähtöisesti, jotta juuri tutkittavan maantieteellisen alueen näkemykset tulisivat esille parhaalla mahdollisella tavalla ja paikallista yhteistyötä kodin

ja kouluterveydenhuollon välillä saataisiin kehitettyä perhekeskeisemmäksi asiakkaiden toiveiden mukaan.

5 Tulokset

Opinnäytetyön tehtävänä oli kuvata tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti vanhempien kokemuksia yhteistyöstä ja osallisuudesta lapsensa kouluterveydenhuollossa. Tehtävänä oli myös selvittää kehittämisen kohteita osallisuuden parantamiseksi ja tuoda esille keinoja yhteistyön parantamiseksi. Aineistosta nousi esiin neljä pääluokkaa, Yhteydenpito kodin ja kouluterveydenhuollon välillä, Ennaltaehkäisevä terveydenhoito kouluterveydenhuollossa, Varhainen tuki kouluterveydenhuollossa sekä Perhe asiakkaana kouluterveydenhuollossa. Tulosten raportoinnissa tuloksia lähdetään käymään läpi pääluokittain.

5.1 Yhteydenpito kodin ja kouluterveydenhuollon välillä

5.1.1 Tiedottaminen kouluterveydenhuollossa

Tiedottaminen nousi suurimmaksi aihealueeksi vastauksissa ja se koettiin tärkeäksi osaksi kouluterveydenhuollon kanssa tehtävää yhteistyötä. Wilma koettiin tärkeimmäksi ja toimivimmaksi yhteistyön muodoksi. Kouluterveydenhuolto miellettiin vahvasti osaksi koulun toimintaa, jolloin myös viestiminen sujui vanhempien mielestä parhaiten Wilman kautta. Wilmasta vanhemmat saivat tietoa terveydenhoitajalta ajankohtaisista asioista tiedotteiden kautta. Näitä asioita olivat esim. täi- tai syyhyepidemiat, ajankohtaiset rokotukset tai tartuntataudit. Tietoa koettiin saaduksi riittävästi ja tiedottaminen oli hyvää. Toisaalta vastauksista tuli myös esille, että joskus asiat saattavat hukkuu tiedotteisiin ja toivottiin saavan asioista tietoa suoraan Wilma-viesteillä. Joskus vanhemmat eivät jaksaa lukea Wilmaa ja etenkin pitkiä viestejä ei välttämättä jakseta lukea loppuun.

”Eilen juuri Wilmaan pompahti syyhynhoito-ohje”

”jos vaan jaksaa kaiken aivokuormituksen ohella seurata Wilmaa...”

Wilman kautta viestimisen koettiin olevan toimivaa, nopeaa ja sen kautta terveydenhoitajan tavoittaa helposti. Wilma koettiin parhaaksi yhteydenpitokeinoksi. Wilman käyttö myös mahdollista aikaan sitoutumattomuuden. Vanhemmat kokivat, että aina ei ole aikaa soittaa, joten Wilmalla viestin voi laittaa, kun itselle parhaiten sopii. Vanhemmat toivat esille myös sen, että jotakin toista

järjestelmää käyttämällä, sen seuraaminen jäisi vähälle. Nykyisin on niin moni järjestelmiä, että kaikkien seuraaminen on työlästä.

”Wilma... helpoin tapa saada tietoa”
”Wilma on tosi toimiva”
”Sitä kautta (Wilmalla) on helppo laittaa viestiä”
”Wilma se on, mistä tulee eniten tietoa”
”Omakannasta esimerkiksi jäisi asiat katsomatta”

Kouluterveydenhuollosta ja sen sisällöistä vanhemmilla oli vähän tietoa. Terveystarkastajan tai koululääkärin työnkuva jäi vieraaksi. Vanhemmille oli epäselvää, millaisissa asioissa voi olla yhteydessä kouluterveydenhuoltoon ja milloin täytyisi hakea apu muualta.

”Ei ole tullut sisällöistä tietoa, ellei itse selvittelen”
”Mä en edes tiedä, mitä sieltä pyytäisin”
”Eihän se (sairaanhoito) ole kai tarkoitus toimiakkaan koululla?”
”Sitä tyhjänä luulee, että se on myös sitä sairaanhoitoa, mitä se ei ole”
”En tiedä mitä käytännön toimia niillä on vaikuttaa koulussa”

Tiedon vähyys terveystarkastajan työn sisällöstä aiheutti epävarmuutta muun muassa siinä, mitä keinoja terveystarkastajalla on vaikuttaa lapsen asioihin koulussa. Myös sairaanhoidollisten asioiden hoidossa kouluterveydenhuollossa oli epäselvyyttä vanhempien mielestä.

5.1.2 Tiedotus terveystarkastuksista ja tapaamisista

Terveystarkastusten suhteen vanhemmat toivat esille, ettei tieto aina tavoita vanhempia. Wilmassa joidenkin mukaan on tullut ilmoitus tarkastuksista jollakin viikolla, mutta tarkkaa päivää oman lapsen osalta ei ole kerrottu. Terveystarkastuksista tulee palaute usein vain pienellä lapulla. Lapulla oleva tieto koettiin suppeaksi. Lisäksi lappu ei aina kulkeudu lapsen mukana vanhemmille saakka. Vanhemmat kokivat myös, että lapsen kertomus tarkastuksesta on usein hyvin suppea. Vanhemmille ei tule tietoa tarkastuksen sisällöistä tarkemmin tai siitä, mistä tarkastuksessa on juttu. Nämä asiat kiinnostaisivat vanhempia.

”siitä tapaamisesta ei tule tietoa, että mitä siellä on ollut tai sellaiset tärkeät asiat”
”hyvin suppea ollut se (palaute-lappu)”
”täysin lapsen vastuulla, että tuleeko se paperi minulle”

Monesti tuli esille, että vanhemmat ajattelevat, ettei mitään erityistä tai huolta ole, kun ei ole tullut muuta tietoa kasvutietojen lisäksi.

*”Varmasti olisivat yhteydessä, jos olisi jotain, mistä pitäisi olla yhteydessä”
 ”Yleensä jos on jotain akuuttia, niin otetaan yhteyttä puhelimella”*

Toisaalta vanhemmat luottivat, että terveydenhoitaja on yhteydessä, jos jotakin huolta ilmenisi. Uskottiin terveydenhoitajan soittavan, jos jotakin vakavaa olisi tai kiireettömissä tilanteissa laittavan Wilman kautta tarkemmin viestiä.

5.1.3 Terveydenhoitajan tavoitettavuus

Terveydenhoitajan tavoitettavuus koettiin helpoksi. Lähes aina terveydenhoitaja oli saatu kiinni puhelimitse tai Wilman kautta. Myös tekstiviestin lähettämällä terveydenhoitaja on ottanut myöhemmin yhteyttä tai soittanut takaisin, mikäli ei ole pystynyt vastaamaan. Terveydenhoitajalla koettiin olevan hyvin aikaa vastata puhelimeen.

*”olen saanut tosi hyvin aina kiinni”
 ”on myös aina soittanut takaisin”
 ”jos on tekstiviestin laittanut, niin kyllä sieltä tulee yhteydenotto”*

Vaikka tavoitettavuus koettiin helpoksi ja hyvin toimivaksi, toivat vanhemmat esille kiireen terveydenhoitajan työssä. Herkästi vanhemmat olettavat terveydenhoitajan olevan paikalla, vaikka samalla ymmärretään sen mahdottomuus. Vanhemmat toivat esille terveydenhoitajan hoitavan esimerkiksi useaa koulua, joten ei voi olla samaan aikaan joka paikassa paikalla. Myös tieto siitä, että terveydenhoitajan luokse ei voi aina mennä, kun haluaisi, vaan sinne pitää varata aika, yllätti vastaajat. Myös tämän suhteen vastaajat toivat esille ymmärryksensä siitä, että terveydenhoitaja ei voi vain istua odottamassa tapaturmia, vaan hänellä on paljon muitakin tehtäviä. Enemmänkin vanhemmat toivat nämä ajatuksensa olettamuksina omassa mielessään, vaikka järjellä ymmärtääkin tilanne hyvin.

*”minulla on käsitys, että terveydenhoitaja on siellä koululla”
 ”ei se terveydenhoitaja voi vaan istua siellä odottelemassa, jos jotain tapahtuu”
 ”ymmärtää, että pitäisi olla monessa paikassa yhtä aikaa”
 ”se vaan jää mieleen, kun hän ei ole paikalla”*

”niiden täytyy tehdä kaiken näköistä”

Terveydenhoitajan poissaolo koululta jää helpommin mieleen. Terveydenhoitaja aktiivisuus koulun arjessa näkyy vanhemmille Wilmassa, tämä luo vanhemmille tunnetta siitä, että terveydenhoitaja on tavoitettavissa.

5.1.4 Ajat terveystarkastuksiin ja tapaamisiin

Terveystarkastukseen osallistuminen päivällä koettiin haastavaksi, mutta kuitenkin yleinen mielipide oli, että se on enemmänkin järjesteltävissä oleva asia. Positiiviseksi koettiin, ettei aina tarvitse ollakaan mukana tarkastuksissa. Myös puhelimitse juttelemalla voitiin korvata paikalla oloa. Välillä haasteita on tuonut vanhempien mukaan se, ettei tarkastusaika ole aina vanhemmalla tiedossa. Tällöin on vaikeampi olla yhteydessä ennakkoon terveydenhoitajaan.

”ei ole erityistä huolta, niin emme lähde ajelemaan kauempaa nyt”

”voi aina olla yhteydessä puhelimitse”

”lapsi kertoo, että mä olin terveystarkastuksessa”

Terveystarkastusten ilta ajat koettiin pääsääntöisesti tarpeettomiksi, joskin joillekin sopiviksi. Esimerkiksi, jos päivällä on vaikea saada järjestyseen mahdollisuutta osallistua. Toisaalta ilta-ajat sotkisivat perheen illan harrastusaikatauluja, ja sopiminen ei iltoihinkaan olisi helppoa. Myös net-tiajanvarauksen mahdollisuus jakoi mielipiteitä. Osa koki esimerkiksi koulun puolella oppimiskeskusteluiden varauksen Wilman kautta hyväksi. Sama voisi toimia kouluterveydenhuollossakin. Aika olisi helposti varattavissa omaan aikatauluun sopivasti.

5.2 Ennaltaehkäisy kouluterveydenhuollossa

5.2.1 Osallistuminen vanhempainiltoihin

Vanhemmilla oli vähän mielikuvia terveydenhoitajan osallistumisesta vanhempainiltoihin tai kokemus, ettei hän ole osallistunut. Välttämättä ei muisteta terveydenhoitajaa, koska paikalla ollut paljon koulun henkilökuntaa esiteltävänä. Vanhemmat toivat myös esille, että koronan vuoksi vanhempainiltoja on ollut muutenkin vähän.

*” Jos on vaan esitelty rivissä muiden joukossa, niin ei sitä muista”
 ” on paljon niitä opettajia, niin ei jää mieleen oliko”*

Toiveena oli, että terveydenhoitaja voisi välillä osallistua vanhempainiltoihin. Silloin kyseessä voisi olla jokin teemallinen vanhempainilta, jossa voisi olla terveydenhoitajan tai oppilashuollon yhteinen osuus. Teemoiksi toivottiin tietoa kouluterveydenhuollon sisällöistä, palveluista ja työnkuvasta. Ylipäättänsä tietoa siitä, mikä on terveydenhoitajan rooli kouluyhteisössä. Terveydenhoitajan osallistumista toivottiin myös nivelvaiheiden vanhempainiltoihin mukaan. Lapsen siirtyessä isompaan kouluun tai esimerkiksi koulun alkaessa sekä siirtyessä alakoulusta yläkouluun. Myös ajan-kohtaiset ja alueen tai koulun ilmiöt mietityttivät vanhempia ja niistä toivottiin saavan vanhempainilloissa tietoa. Mielialaan, lapsen pahoinvointiin tai kiusaamiseen liittyvää toivetta sisällöstä myös ilmeni.

*” Sisältö voisi olla jotain isoja ilmiöitä”
 ” Lapsen pahan olon tunnistamisesta”
 ”että meitä on erilaisia, että niin kuin se kiusaaminen...”*

Vanhemmat toivoivat samansisältöisiä teemoja vanhempainiltoihin, kuin lapsilleen terveydenhoitajan oppitunneilla. Tämä kertoo siitä, että samanlaiset asiat ovat vanhempien mielestä tärkeitä myös lapsille ja tämä tukee vanhempia myös asioista puhumisessa kotona lasten kanssa.

5.2.2 Ennaltaehkäisevä toiminta oppilaille

Koronan koetaan vaikuttaneen myös ennaltaehkäisevään toimintaan kouluterveydenhuollossa. Muutenkin toiminta koettiin vähäiseksi. Terveyskasvatuksen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon suurimmaksi tarpeeksi vanhemmilla nousi toiveet murrosikään liittyvästä neuvonnasta, niin lapsille kuin vanhemmillekin. Terveydenhoitajaa toivottiin jakamaan tietoa aiheesta oppitunneille. Nykyisin murrosikää käsitellään kouluterveydenhuollossa vanhempien mukaan viidennellä luokalla. Lähes jokaisen vanhemman vastauksissa nousi tarve sen aikaistamiselle, etenkin tyttöjen osalta. Kuukautiset, finnit ja rintojen kasvu puhututtavat jo kolmasluokkalaisia tyttöjä. Useampi vanhempi kertoi lapsensa kuukautisten alkaneen jo neljännellä luokalla. Esille tuli myös huoli siitä, että kaikkien vanhemmat eivät puhu asioista kotona lapsilleen. Myös vanhemmat kaipaivat tietoa, kuinka jutella kotona murrosiästä ja tietoa myös opettajille siitä, että murrosiän kehitys on joillakin hyvin varhaista.

*”miten tärkeää olisi käydä keskustelua, vaikka ihan murrosiästä”
 ”viidennellä se tulee jo hiukan myöhässä”
 ”Saisi tukea myös vanhemmat siinä asiassa”*

Toisena isona aiheena ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta nousi mielen hyvinvoinnin teemat. Vanhemmilta tuli toiveita psyykkisen hyvinvoinnin ryhmistä, arjen psyykkisen hyvinvoinnin asioista, omien tunteiden tunnistamisesta ja psykologisista taidoista.

*”jotain terkan vetämiä ryhmiä enemmän”
 ”opetettaisiin lapset ja nuoret siihen, että nyt mä en voi hyvin”
 ”Niitä tunnetaitoja, niitä vois näille opettaa, niillä on viesti ja tehtävä niillä tunteilla”*

Mielenkiintoisen asiana vastauksista nousi myös ennaltaehkäisevänä toimena kouluterveydenhoitajan näkyminen vahvemmin koulun arjessa sekä esillä olo käytävillä. Se loisi turvallisuutta ja tuttuutta lapsille mennä juttelemaan terveydenhoitajalle. Terveydenhoitajan toivottiin voivan vaikuttaa myös koulun puolella lapsen asioissa. Terveydenhoitajan koettiin olevan liian kaukana koulun arjesta.

*”Terveydenhoitaja olisi sellaisena tukimuurina siellä”
 ”Olisi kiva, jos kouluterkka pyörisi siellä käytävillä”
 ”tuttuna aikuisen saattamassa luokkaan”
 ”Pienissä arjen asioissa apuna tarvittaessa”*

Myös päihteet nousivat ennaltaehkäisevän toiminnan listalle. Nämä tulivat esille lähinnä niillä vastaajilla, joilla oli myös yläkouluikäisiä lapsia. Vanhemmat myös toivoivat ajankohtaisista ilmiöistä tietoa tiedotteina koteihin, jotta asioista osattaisiin puhua myös siellä.

5.3 Varhainen tuki kouluterveydenhuollossa

5.3.1 Huolen puheeksi ottaminen

Huolen puheeksi otto ja kouluterveydenhuolto avun haku paikkana koettiin kuitenkin luontevana. Kouluterveydenhoitaja nimettiin ensimmäisenä kontaktina apua haettaessa. Oppilashuollon muut toimijat koettiin vieraammiksi. Perheen asioiden puheeksi ottaminen koettiin olevan pitkälti oman

aktiivisuuden varassa. Terveystarkastajalta toivottiin pientä arjen apua lapsen koulupäivän sujumiseen tai sujumisen järjestelyyn. Kouluterveydenhuollolta koettiin saadun sen, mitä on tarvittu. Tarpeet olivat liittyneet paljolti rokotuksiin ja terveystarkastuksiin. Toisaalta jo edellä mainittu tiedon puute kouluterveydenhuollon palveluista vaikutti, ettei apua osata välttämättä lähteä hakemaan kouluterveydenhuollosta. Terveystarkastuksissa huolen puheeksi oton tilanteisiin toivottiin lapsen huomioimista. Vastauksissa tuli esille tilanteita, joissa ei lapsen läsnäoloa ollut vanhemman mielestä huomioitu tarpeeksi ja lapsi oli tilannetta säikähtänyt.

”Ellei perheestä joku lähde apu kyselemään, niin eihän se sitten tulee”

”Itse pitää nostaa asiat esille”

”Me on saatu sieltä kaikki mitä on tarvittu”

”Ensikontakti olisi varmasti kouluterveydenhoitaja (apua tarvittaessa)”

”Miettii sanoja, kun lapsi läsnä”

”Siihen (puheeksi ottoon) toivoisi sensitiivisyyttä”

Toivottiin sensitiivisyyttä lapsen läsnäollessa ja sanavalintoihin huomion kiinnittämistä. Myös keskustelu tarvittaessa vanhemman kanssa kahden voisi olla hyvä joissakin tilanteissa. Toisaalta taas vastauksista kävi myös ilmi, että asiat on otettu hienosti esille.

5.3.2 Oppilashuollon palveluiden toimivuus

Haastatteluissa pureuduttiin myös oppilashuoltoon laajemminkin. Kouluterveydenhuolto on osa oppilashuoltoa ja moniammatillisesti tehdään yhteistyötä perheiden ja koulun kanssa. Haastatteluissa tuli esille, että myös tieto oppilashuollosta oli hyvin vähäistä. Koettiin, ettei sen sisällöstä tule tietoa riittävästi. Kaivattiin tietoa sen sisällöistä ja toimijoista. Jonkin verran vanhemmat kokivat saaneensa tietoa oppilashuollosta oppimiskeskusteluissa opettajan kanssa. Tietoa koettiin saavan vasta akuuttitilanteissa. Pääpiirteet olivat tiedossa ja muisteltiin sen olevan moniammatillista työtä lapsen asioissa. Toisaalta oppilashuollon koettiin kuulostavan jopa pelottavalta, mutta myös sieltä osattiin tarvittaessa hakea apua.

”Kyllä sitä pääpiirteittäin tietää”

”on se käsitteenä silleen tuttu”

”jos heräisi tarve, niin osaisin hakea apua sieltä”

Vanhemmat kokivat oppilashuollon resurssit pieniksi, koska lapset ja nuoret voivat huonosti tänä päivänä. Resurssien käyttö myös herätti ajatuksia. Vanhemmilla oli kokemus, että turhissa asioissa koottiin jo oppilashuollollista palaveria, esimerkiksi runsaissa sairauspoissaoloissa. Oltiin huolissaan siitä, että vähäiset resurssit menisivät oikeasti tarvitseville ja tarpeen harkinnassa oltaisiin tarkempia.

*”pelisilmää tarvitsisi vähän, että minkälaisessa tilanteessa tarpeen”
 ”Kohdennettaisiin niille, jotka oikeasti tarvitsevat”
 ”Resurssit ovat riittämättömät!”*

Toiveena oppilashuollon palveluille vanhemmilla oli avoimuus. Ettei asioista puhuttaisi selän takana ja vanhemmat otettaisiin mukaan heti alussa. Toivottiin, että asioista keskusteltaisiin niiden oikeilla nimillä. Toivottiin myös, että se toimija, jolla huoli herää, ottaisi asian puheeksi perheen kanssa. Yhteiset palaverit oppilashuollon kanssa koettiin sujuviksi, vaikka monen ihmisen aikatauluja onkin välillä vaikea sovittaa yhteen.

Vanhemmat toivoivat terveydenhoitajille enemmän psyykkistä osaamista tai psykiatrisen sairaanhoitajan resurssia koululle. Lasten koettiin voivan tosi huonosti tänä päivänä ja sellainen apu arjessa voisi olla tarpeen.

*”Ihan vaan kuunnella ja lyhyesti auttaa”
 ”Se resurssi (psykiatrisen sairaanhoitaja) sieltä puuttuu”*

Myös kuuntelua arjen keskellä kaivattiin, että terveydenhoitajalta löytyisi aikaa puhua ja kuunnella vaikka sovitulla puhelinajalla.

5.3.3 Sektoreiden välinen yhteistyö

Koulun ja kouluterveydenhuollon yhteistyö koettiin toimivaksi. Koulussa ollaan kaikesta tietosia. Vanhemmille oli jollekin epäselvää, että kouluterveydenhoitajalla on pääsy yleiseen terveydenhuollon potilasjärjestelmään. Toisaalta kouluterveydenhuolto nähdään tiiviinä osana koulua, toisaalta taas erillisenä osana, enemmänkin terveystalvena. Etenkin ADHD-asioissa koettiin koulun ja terveydenhoitajan yhteistyön olevan tiivistä. Muuten eri sektoreiden välinen tiedonsiirto nähtiin

haastavana. Vanhemmat kokivat, että joutuvat ottamaan suurta vastuuta tiedon siirtymisestä kouluun tai kouluterveydenhuoltoon. Välillä vanhemmat kuvasivat toimineensa koulun ja erikoissairaanhoidon välillä esimerkiksi palaveri ajoista tiedotettaessa. Terveystenhoitaja on joskus ollut mukana erikoissairaanhoidon palavereissa, ei kuitenkaan kovin usein.

*”Kyllä mun mielestä lasten koulussa on toiminut hyvin (tiedon siirtyminen)”
 ”Opettaja oli siinä (ADHD-asioissa) paljon mukana ja terveystenhoitaja”
 ”jotenkin se kouluterveydenhoito tuntuu sellaiselta omalta saarekkeelta”*

Sektoreiden välisessä yhteistyössä vanhemmat toivat esille, että yhteiset palaverit ovat sujuneet hyvin, vaikka usean henkilön aikatauluja onkin vaikea ajoittain sopia yhteen. Eri sektoreiden välillä yhteistyöstä vanhemmat toivat esille sen toimimattomuuden. Tieto ei siirry kouluterveydenhuoltoon esimerkiksi erikoissairaanhoidosta. Koululääkärin kanssa tehtävän yhteistyön vanhemmat kokivat suppeana. Lääkäriajat ovat nopeita ja lääkäreiden suuri vaihtuvuus haastaa jatkuvuutta asioiden hoidossa. Koululääkärin tarkastuksissa erikoissairaanhoidon asioita ei otettu puheeksi. Vanhemmille jäi epäselväksi, oliko lääkäriillä lainkaan tietoa lapsen erikoissairaanhoidon asioista, vai annettiinko asioiden vaan olla siellä taustalla. Tällaisessa tapauksessa vanhempi itse ei myöskään jaksanut ottaa asia puheeksi.

*”lääkärintarkastus on hyvin nopea”
 Se lääkärin vaihtuvuus on silleen sellainen hankala, että jos olisi tarvetta tehdä yhteistyötä”
 ”ei siinä tarkastuksessa puhuttu niistä psykiatrian asioista, en viitsinyt siinä tilanteessa sitten lähteä niistä puhumaan”
 ”Välttämättä ei olekaan se sama lääkäri seuraavalla kerralla tai seuraavalla viikolla edes”*

Vanhemmat kokivat vahvasti, että tiedon heikosti siirtyminen erikoissairaanhoidosta koululle tai kouluterveydenhuoltoon asettaa heille paljon vastuuta tiedon kertomisessa. Välillä vanhemmat ovat välittäneet eri tahoille esimerkiksi palaveriaikoja. Aina kouluterveydenhoitajaa ei ole mukana erikoissairaanhoidon neuvotteluissa ja silloin etenkin vanhemmat toimivat itse tiedon välittäjinä.

*”tuntuu siltä, että ollaan itse jouduttu viemään sitä tietoa”
 ”me ollaan jouduttu sitä (tietoa palavereista) välittämään”*

Tiedon välittäjänä toimiminen koettiin vanhempien mielestä raskaana ja oletettiin enemmän tiedon siirtyvän eri tahojen välillä.

5.4 Perhe asiakkaana kouluterveydenhuollossa

5.4.1 Vanhempien ja perheen kohtaaminen

Kohtaamisen teeman alle sisältyivät vastauksissa terveydenhoitajan joustavuus, kohtaaminen vastaanotolla ja lapsen huomioiminen.

Terveydenhoitajat koettiin hyvin joustavina aikojen varaamisen, vaihtamisen ja ajankohtien suhteen. Perheen tarpeita kuunneltiin ja pystyttiin järjestämään aika perheen aikataulun mukaan, esimerkiksi aamulla heti klo 8. Lapsen tarpeet on myös otettu hyvin huomioon aikoja sopiessa. Ajan vaihto oli onnistunut helposti Wilma-viestillä tai puhelimitse keskustelemalla.

”tosi hienoa venymistä ja joustoa ollut terveydenhoitajilla”

”he ovat kyllä tosi paljon joustaneet”

”aina on saanut sovittua sen ajan uudestaan”

”joustoa on löytynyt, kun ajattelee lapsemme erityisyyttä”

Kohtaaminen vastaanotolla koettiin hyväksi ja yksilöllisyyttä koettiin olevan sopivasti. Käynnit kouluterveydenhuollossa koettiin hyväksi kokemuksiksi. Vanhempaa kunnioitettiin lapsensa asiantuntijana. Myös lapsi kohdattiin hienosti vanhempien mielestä. Terveydenhoitajat osasivat vanhempien mielestä myös ottaa hyvin huomioon erityistarpeiset lapset. Lapsen tunteet otettiin huomioon ja tehtiin tilanne lapselle mahdollisimman mukavaksi. Lasta ei pakotettu mihinkään ja järjestettiin uusi aika tarvittaessa. Vanhemmat arvostivat terveydenhoitajan tapaa ottaa lapsi mukaan keskusteluun ikätasoisesti. Vanhemmat kokivatkin hyvänä oman roolinsa enemmänkin kuuntelijana ja kommentoijana isompien lasten kohdalla.

”Kohdataan se lapsi”

”laitettiin Emlat ja näin...”

”varattiin oma aikansa, annettiin yksi rokote kerrallaan”

”nepsy-lapsen kohtaaminen meni terkalta hyvin”

”tuo meidän terveydenhoitajamme tuntuu sellaiselta ymmärtäväiseltä lapsen tilanetta ajatellen”

Vastaanotolla kohtaaminen koettiin kiireettömäksi. Koettiin, että terveydenhoitaja osasi pysähtyä hetkeen, vaikka vanhemmat ymmärtävätkin heidän olevan kiireisiä. Tarkastukseen oli varattu riittävästi aikaa.

”Ne laajat on olleet tosi mukavia”

”ei ole koskaan tullut tunnetta, että olisi kauhea kiire siinä”

”on kyllä pysähdytty siihen hetkeen”

Vanhemmat kokivat myös laajat terveystarkastukset mieluisiksi, koska niissä on varattu pidempi aika.

5.4.2 Perhekeskeinen kohtaaminen kouluterveydenhuollossa

Perhekeskeisyydestä haastattellessa esille nousi kohtaaminen vastaanotolla perheenä, haasteet terveydenhoitajien vaihtuvuudessa ja kouluterveydenhuoltoa verrattiin neuvolan toimintaan perheen huomioimisen osalta.

Vanhemmat osallistuivat mielellään lastensa terveystarkastuksiin. He kokivat, että tapaamisessa kohdataan yksilöinä. Vanhemmilla oli hyvä kokemus kumppanuudesta ja kohtaaminen ylipäättänsä oli hyvää. Haasteeksi kohtaamisessa vanhemmat kokivat terveydenhoitajan vaihtuvuuden. Koettiin, että pysyvä terveydenhoitaja tuntee perheen ja sisarukset. Tutun terveydenhoitajan kanssa yhteistyö on erilaista ja terveydenhoitajakin osaa kysellä perheen asioista eri tavalla. Tuttuuden ja pysyvyyden myötä koettiin, että terveydenhoitajan tietoisuus perheen asioista kasvaa ja puheeksiotto helpottuu huolien ilmetessä.

”Oma terveydenhoitaja. Onhan se hieno juttu!”

”Yhteistyö on ihan erilaista, jos on tuttu ja pysyvä”

”Pysyvyys tekee sen, että tulee paremmin kohdatuksi perheenä”

”vakituista terkkää en ole tavannut”

Yleisesti perhekeskeisyys kouluterveydenhuollossa nähtiin vähäiseksi. Perhekeskeisyyttä ei myöskään osata edes odottaa kouluterveydenhuollosta. Vanhemmat kokivat myös, että perheen ongelmien ollessa suuria, ei kouluterveydenhuollon palvelut ole tarpeeksi vahvoja perheelle ja resurssit

koetaan liian pieniksi perhekeskeiseen työhön. Laajat tarkastukset ja niiden kyselylomakkeet koettiin kuitenkin perhekeskeisemmiksi, vaikkakin laajojen tarkastusten välit pitkiksi.

”Ei se perhekeskeisyys ole sellaista sieltä lähtevää”

”Kyllä ne aika paljon on lapsen asioiden ympärillä ne asiat on pyörineet”

”Olisi kouluterveydenhuolto vähän jatkumoa siihen neuvolan työhön”

”Kysyttiin (neuvolassa), että miten menee perheellä ja tarvitseeko apua”

Kouluterveydenhuoltoa verrattiin perhekeskeisyydestä keskustellessa neuvolan toimintaan. Neuvolassa koettiin saavan vahvasti perhekeskeistä kohtaamista. Kouluterveydenhuollossa huomio keskittyi pitkälti tarkastuksessa olevaan lapseen ja hänen asioihinsa.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kouluterveydenhuollon ja kotien välistä yhteistyötä, sen toimivia käytäntöjä sekä tarkastella mahdollisia kehittämisen kohteita. Tutkimuskysymysten mukaisesti etsittiin vastauksia siihen, millainen yhteistyön ja osallisuuden kokemus vanhemmilla on kouluterveydenhuollosta, mitä osa-alueita koettiin tarpeelliseksi edelleen kehittää ja miten yhteistyö kotien kanssa toimisi parhaiten. Tuloksena esille nousi selkeästi hyviä, jo olemassa olevia käytäntöjä, mutta myös kehittämisen tarpeita. Haastatteluilla kerätyssä tutkimusmateriaalissa alkoi näkyä suhteellisen nopeasti kylläntyminen. Usea vanhempi toi esille samanlaisia asioita, hajonta oli suhteellisen pientä.

Tuloksia tarkastellaan tässä luvussa vastaten tutkimuskysymyksiin sekä peilaten tuloksia aiempaan tietoon. Sivulla 30 olevassa kuviossa (Kuvio 1.) on tuotu esille perhekeskeisen työn haasteet terveydenhuollossa tutkimusten mukaan. Haasteet koostuivat seikoista, jotka jaoin aiempia tutkimuksia läpi käydessäni neljään teemaan. Näitä teemoja olivat Tiedottamiseen liittyvät asiat, Resurssit terveydenhuollossa, Organisaatiosta johtuvat seikat sekä Yhteistyön haasteet niin perheen kuin eri sektoreiden välillä. Näiden neljän teeman mukaan oli muodostettu myös teema haastattelun runko ja kysymykset.

Tiedottaminen

Tämän otsikon alle sijoittuvat asiat tiedottamiseen yleensä, tiedottaminen kouluterveydenhuollon sisällöistä, tiedottaminen tarkastuksiin liittyvistä asioista, terveydenhoitajan esillä olo koulun tapahtumissa sekä yhteydenpito vanhempien kanssa.

Tiedottamiseen liittyen aiemmissa tutkimuksissa sekä tässä tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaisia. Halme ja Perälä (2014, 224–226) toivat esille Lapsiperheen hyvinvointi 2014-kartoituksesta esille nousseena, että vanhemmat kokivat palvelut hajanaisiksi, eikä heillä ollut tietoa palveluista ja tukimahdollisuuksista. (Halme & Perälä 2014, 224–226.) Hietanen-Peltola ja Suontausta-Kyläinpää (2009) nostavat myös esille tiedon jakamisen haasteet. He näkevät tiedon jakamisen myös vahvasti keskinäisen yhteistyön vahvistajana. Heidän mukaansa vanhempainiltojen infot, tiedotteet ja internet voisivat olla hyviä kouluterveydenhuollosta tiedottamisen kanavia. (Hietanen-Peltola ja Suontausta-Kyläinpää 2009, 156–159.) Tässä tutkimuksessa vanhemmat näkivät myös tiedottamisen kouluterveydenhuollon sisällöistä suppeana. Ei tiedetty terveydenhoitajan työnkuvasta tai siitä, mitä apua kouluterveydenhuollosta voi pyytää. Tietoa koettiin saavan lähinnä itse selvittämällä. Tiedon puute vaikutti vanhempien epävarmuuteen siitä, kuinka kouluterveydenhoitaja pystyy vaikuttamaan lapsen asioissa koululla.

Tämän tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että tiedotus Wilman kautta toimiin hyvin. Terveydenhoitaja tiedottaa yleisiä asioista tiedotteissa tai Wilma viesteillä. Wilman kautta on helppo myös olla lapsen asioissa yhteydessä terveydenhoitajaan. Vehviläisen (2010) tutkimuksenkin mukaan viestintä Wilman kautta koettiin positiivisena. Myös hänen tutkimuksessaan tuli esille tiedon tarve kouluterveydenhuollon sisällöistä, palveluista ja tavoitettavuudesta. (Vehviläinen 2010, 38–43)

Terveystarkastuksista vanhemmat halusivat saada enemmän tietoa. Niiden sisältö, lapsen kanssa keskustellut asiat ja terveysteemat kiinnostivat. Vanhemmat toivat terveystarkastusten tiedottamisessa esille myös, ettei tieto tulevasta tarkastuksesta tavoita aina vanhempaa, jolloin etukäteen juttelu lapsen asioista ei onnistu. Myös palaute tarkastuksesta tule usein pienellä lapulla lapsen mukana kotiin. Vanhempien mielestä tämä oli epävarma tapa tuoda tietoa, koska lappu ei aina päädy vanhemmille asti. Mäenpää, Paavilainen ja Åsted-Kurki (2013) toivat artikkelissaan myös

esille sen, että vanhemmat kokivat tiedon tarkastuksista olevan paljolti ongelmakeskeistä. Terveystietä saatu tieto oli heidän mukaansa pinnallista ja sitä oli niukasti. Toiveena oli saada tietoa niin ikään tarkastuksen sisällöstä, selityksiä ja valintoja lapsen terveyden kannalta. (Mäenpää, Paavilainen & Åsted-Kurki 2013, 195–202.)

Terveystietä saavuttaminen koulun tapahtumissa koettiin tutkimuksen mukaan vähäiseksi tai terveystietä ei ole ollut lainkaan paikalla esimerkiksi vanhempainilloissa. Mäenpään ja Åsted-Kurjen (2008) mukaan terveystietä saavuttaminen koulussa perheiden terveyden edistäjänä (Mäenpää & Åsted-Kurki 2008, 27–30). Halmeen, Perälän ja Laaksosen (2010) kirjallisuuskatsauksen mukaan, tarjoamalla vanhemmille tietoa lapsen kehityksestä ja tukemalla lapsen ja vanhempien suhdetta, voidaan vaikuttaa parhaiten perheen hyvinvointiin (Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 92–96). Myös Mäenpää (2010) tuo väitöskirjassaan esille terveystietä saavuttamisen vanhempiin osallistumisen. Hänen mukaansa se tukisi kouluterveydenhuollosta tiedottamista. Hänen mukaansa vanhempainilloissa olisi hyvä olla enemmän terveystietoa ja voimavaroja lisäävää keskustelua. (Mäenpää 2010, 33–34.)

Organisaatio

Tässä luvussa käsitellään kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä yhteisten toimintatapojen ja sektoreiden välisen yhteistyön näkökulmasta. Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen ja Kurvinen (2013) tuovat esille, että perhelähtöinen työskentely vaatii eri hallinnonalojen ja sektoreiden välistä tiivistä yhteistyötä. He korostavat monialaisten työntekijöiden keskinäistä toimivaa yhteistyötä tärkeänä perhekeskeisessä työssä. Yhteistyön avulla perheen kokonaistilanne tulee nähdä perheen näkökulmasta ja perheelle voidaan tarjota oikeaa tukea. (Vilén, Vilhunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen ja Kurvinen 2013, 71–73) Tässä tutkimuksessa tuli esille eri sektoreiden välisen yhteistyön haasteet. Terveystietä saavuttaminen on vähän mukana esimerkiksi erikoissairaanhoidon palaverissa. Vanhemmat kokivat joutuvansa itse kantamaan suurta vastuuta tiedon siirrosta eri tahojen välillä. Vanhemmat olivat myös epätietoisia tietojen siirtymisestä kouluterveydenhuoltoon. Kouluterveydenhuollon koettiin olevan irrallinen osa niin koululla kuin terveystietä saavuttamisessa, ”oma saarekkeensa”. Koulun ja kouluterveydenhuollon välillä yhteistyöstä oli positiivisia kokemuksia, etenkin ADHD-asioissa. Muutenkin vanhemmilla oli käsitys, että koulussa oltiin hyvin tietoisia lapsen ja perheen asioista.

Vanhemmat toivat esille suuren vaihtuvuuden työntekijöissä. Tämä koettiin yhteistyötä hankaloitavaksi. Fratantoni, Livingston, Schellinger, Aoun ja Lyon (2022) toivat artikkelissaan esille pitkäaikaiset suhteet eri tahojen kanssa sekä hoidon etukäteissuunnittelun perhekeskeisyyden mahdollistajana. Näin ollen luottamus kasvaa ja perheen mielipiteet, arvot ja toiveet pystyttiin huomioimaan paremmin. (Fratantoni ym. 2022, 455.) Myös Sirviö (2010, 130–146), Hietanen-Peltola ja Suontausta-Kyläinpää (2009, 156–159) tuovat esille pitkäaikaisen, tehtävien yhdessä hoitamisen ja kasvokkain tapahtuvan moniammatillisen työn tärkeyden perheiden kanssa työskennellessä. Halme, Perälä ja Laaksonen (2010, 25) nostavat esille, kuinka palveluiden ja tuen jatkuvuudelle on suuri merkitys toimivilla ja yhdenmukaisilla toimintatavoilla, etenkin siirryttäessä palvelusta toiseen. Tässä tutkimuksessa vanhemmat toivat selkeästi esille toiveensa terveydenhoitajan mukanaoloon vanhempain illoissa etenkin nivelvaiheissa. Koulun alkaessa ensimmäisellä luokalla, yläkouluun tai kunnan sisällä suurempaan kouluun siirryttäessä.

Resurssit

Henkilökunnan vaihtuvuus, kiire ja ennaltaehkäisevän työn vähyys näkyivät vanhempien vastauksissa. Vaikka vastaanotolla koettiin tunnelma kiireettömäksi ja hetkeen pysähdyttiin hyvin, samalla tiedostettiin terveydenhoitajan kiire. Tapaturman sattuessa terveydenhoitaja ei aina ole paikalla, terveydenhoitajalle pitää varata aika ja terveydenhoitajaa ei voi milloin vain mennä tapaamaan. Näissä asioissa vanhemmat ovat huomanneet resurssien vähyden. Toisaalta ymmärretään hyvin, että terveydenhoitajan työnkuva on moninainen, eikä ole järkevääkään, että hän vain istuisi odotamassa, jos häntä tarvittaisiin. Vanhemmat tiesivät terveydenhoitajan käyvän useammalla koululla, jolloin oleminen aina koululla ei ole mahdollista näillä resursseilla. Hietanen-Peltola ja Suontausta-Kyläinpää (2009) tuovat esille, että henkilökunnan vähyys vaikuttaa kouluterveydenhuollon tarkastusten määrään ja laatuun. Heidän mukaansa aikaa jää liian vähän perhe- ja verkostotyöhön. Järjestämällä tapaamisiin riittävästi aikaa voidaan parantaa yhteistyötä. (Hietanen-Peltola ja Suontausta-Kyläinpää 2009, 155–156.) Mäenpään ja Åstedt-Kurjen (2008, 27–30) mukaan vanhemmat toivoivat terveydenhoitajalle enemmän aikaa lapselle ja perheelle. Mäenpään, Paavilaisen ja Åstedt-Kurjen (2013, 195–202) mukaan terveydenhoitajat myös itse ekokivat heillä olevan liian vähän aikaa vanhempien kanssa tehtävälle yhteistyölle.

Ennaltaehkäisevää työtä vanhemmat eivät tämän tutkimuksen mukaan osanneet sanoa huomaneensa. Terveystarkkailija ei ollut mukana vanhempainiloissa, joissa toivottiin olevan oma osuus terveydenhoitajalle. Sisältönä toivottiin olevan tietoa ajankohtaisia ilmiöistä, nivelvaiheissa, koulu-terveydenhuollon sisällöistä, mielialaan liittyvistä asioista ja kisaamisesta. Myös oppilaille suunnattua ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa vanhemmat kokivat olevan vähän tai se ei ollut oikea-aikaista. Saman asian toivat esille Mäenpää, Paavilainen ja Åstedt-Kurki (2013) artikkelissaan. Vanhemmat toivoivat, että terveydenhoitajan työhön sisältyisi enemmän lapsen terveyden edistämiseksi tehtävää työtä kouluyhteisön sisällä. (Mäenpää, Paavilainen ja Åstedt-Kurki 2013, 195–202.) Halme ja Perälä (2014) tuovat esille ehkäisevän työn vähäiset resurssit. Varhaisen tunnistamisen ja liian myöhäinen puheeksi ottaminen olivat seurausta resurssien puutteesta. Tällöin vanhemmat kokivat tuen riittämättömäksi. Halme, Perälä ja Laaksonen (2010) tuovat kirjallisuuskatsauksessaan myös esille sen, että ehkäisevään toimintaan liittyviä interventioita oli vähän ja ne keskittyivät perheiden pulmatilanteisiin. (Halme & Perälä 2014, 22–226; Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 92–96.) Mäenpään, Paavilaisen ja Åstedt-Kurjen (2013, 195–202) artikkelin mukaan vanhemmat kokivat, että lapsen terveydestä huolehditaan ja sitä seurataan hyvin. Samoin tässä tutkimuksessa vanhemmat kokivat seurantojen esimerkiksi kasvun tai kuulon huolien suhteen sujuvan hyvin ja terveydenhoitajien olevan niissä tarkkoja.

Yhteistyö

Kumppanuus, kuulluksi tuleminen ja huolen puheeksi otto nousivat aiempien tutkimukset pohjalta perhekeskeisen yhteistyön haasteiksi. Smith, Swallow ja Coyne (2015) toivat esille vanhempien epävarmuuden roolistaan lapsen hoidossa. Vanhempien kokemus oli, ettei heitä konsultoitu tai kuunneltu riittävästi lapsen hoitoon liittyvissä asioissa. (Smith, Swallow ja Coyne 2015, 11–17.) Tässä tutkimuksessa Vanhemmat kokivat tullessaan kuulluksi. Etenkin tutun terveydenhoitajan kanssa yhteistyö helppoa ja turvallista. Vanhemmilla oli kokemus, että heitä arvostettiin lapsensa asiantuntijoina. Heitä kuunneltiin esimerkiksi erityislapsen tarpeiden suhteen, ja rokotukset pysytettiin sopimaan erillisille käynneille joustavasti. Terveystarkastuksissa kuitenkin koetaan, että lapsen asiat ovat keskiössä. Perhekeskeisyyttä ei osata odottaa kouluterveydenhuollosta. Se koetaan enemmän neuvolan toimintatavaksi.

Laajojen terveystarkastusten pidempi aika koettiin positiivisena. Muutenkin vastaanotolla kohdatiin mukavasti perhe ja lapsi. Kuitenkin laajojen tarkastusten välit koettiin pitkiksi, joten kohtaaminen perheenä jää vähälle, mikäli lapsen asioissa ei muuten ole tarvetta olla yhteydessä tai tavata. Karikoski (2008, 27) tuo esille, että yhteistyön ollessa virallista ja harvoin tapahtuvaa, kumppanuutta vanhempien kanssa on vaikeaa rakentaa. Myös Vehviläisen (2010) opinnäytetyön tuloksissa ilmeni kontaktien vähyyden vuoksi kouluterveydenhuolto etäisenä. Vanhemmat kokivat kiireen, ajan puutteen ja joustamattomuuden vastaanottoajoissa osallisuutta heikentävinä tekijöinä. (Vehviläinen 2010, 38–43.) Tässä tutkimuksessa vanhemmilla ei ollut kiireen kokemusta, vaikka tiedotettiin terveydenhoitajien kiire muuten. Myös joustavuudesta kouluterveydenhoitajat saivat vanhemmilta paljon positiivista palautetta. Tämän hyvinvointialueen terveydenhoitajat osaavat tämän perusteella kiireestä huolimatta kohdata perheet vastaanotolla pysähtymällä hetkeen ja joustaa perheen tarpeiden mukaan.

Coyne (2014, 796–808) tuo esille tärkeinä tekijöinä vanhempien asiantuntijuuden huomioimisen, vanhemman roolin selkiyttämisen, kommunikoinnin ja keskustelun perheen huomioimisen ja kumppanuuden rakentumisen mahdollistajina. Tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni kommunikoinnin ja kohtaamisen olevan hyvää kouluterveydenhuollossa. Vanhemmilla oli hyvä kokemus kumppanuudesta. Terveydenhoitajat olivat hyvin joustavia ja ottivat perheen tarpeet hyvin huomioon. Vanhempia kuultiin lapsen asiantuntijoina, mutta myös lapsi huomioitiin hienosti vastaanotolla.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2009) ohjeiden mukaan joissakin tutkimuksissa eettinen ennakkoarviointi on tarpeen. Mikäli tutkittavan fyysiseen koskemattomuuteen puututaan, tutkittavan suostumukseen periaatetta ei voi toteuttaa, kyseessä on alalle 15-vuotias tutkittava, tutkittava altistuu voimakkaille ja mahdollisesti haitallisille ärsykeille, tutkimuksella voi olla pitkäaikaisia henkisiä haittoja tai tutkimus voi olla turvallisuusuhka tutkittavalle, täytyy tehdä tutkimuksesta eettinen ennakkoarviointi, joka käsitellään tutkimuseettisessä neuvottelukunnassa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009, 2–3.) Tässä opinnäytteessä tutkimukseen ei sisältynyt edellä mainittuja asioita, joten eettistä ennakkoarviointiin ei ollut tarvetta.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2009) ohjeen mukaan tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua osallistujan suostumukseen. Tutkittavilta tulee pyytää kirjallinen tai suullinen lupa tutkimuksen toteuttamiseen. Vapaa-ehtoisuuden ja luvan saannin tulee perustua riittävään tietoon ja informaatioon. Tutkittavien tulee tietää aihepiiri, mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa, kuinka aineisto kerätään, kuinka kauan aikaa kuluu, mihin aineistoa käytetään ja kuinka se säilytetään tai hävitetään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4–6; Kuula 2006, 61–62.) Opinnäytetyöhön sisältyvässä tutkimuksessa oli tärkeää tiedottaa etukäteen osallistujille tutkimuksen aihe ja tarkoitus. Tutkimukseen osallistuville vanhemmille lähetettiin tiedote tutkimuksesta, tutkijasta, aihepiiristä, aineistonkeruun menetelmistä, tiedon keruun käyttötarkoituksesta ja ajankäytöstä. Tiedotteessa korostettiin vaitiolovelvollisuutta ja luottamuksellisuutta aineiston osalta. Tiedote osallistujille on liitteessä 2.

Aineiston analyysin tai tutkimuksen tulosten osalta ei ollut tarpeellista tietää yksilöintitietoja, esimerkiksi vanhempien nimiä, asuinalueita tai muita yksilöintitietoja. Aineisto koostui vanhempien näkemyksistä kouluterveydenhuollon ja kodin välisestä yhteistyöstä, jolloin tutkimuksen kohteena ovat tutkittavien henkilökohtaiset kokemukset ja mielipiteet saadusta palvelusta. Tästä syystä tietosuojaan tuli kiinnittää erityisesti huomiota. Yksityisyyden suojaa ajatellessa oli tärkeää myös huomioida se, ettei missään vaiheessa selviä, minkä koulun ja kouluterveydenhoitajan alueelta tietoa on kerätty. Tämä sen vuoksi, etteivät yksittäiset kouluterveydenhoitajat joudu huomion kohteeksi, tarkoituksena oli kerätä alueellisesti yleistä tietoa yhteistyön muodoista ja muutostarpeista ja ehdotuksista, ei yksittäisen terveydenhoitajan toimintatavoista. (Kuula 2006, 64–84.)

Tutkimusta tehdessä on olennaista myös henkilökohtaisten haittojen välttäminen. Tutkimusta tehdessä tutkittavien arvostava ja kunnioittava kohtelu sekä kunnioittava kirjoittamistapa raportoinnissa on tärkeää. Vapaaehtoisuuden periaatetta tulee noudattaa myös tutkimuksen ja aineistonkeruun eri vaiheissa ja tilanteissa. Tutkittavalla on esimerkiksi oikeus kieltäytyä osallistumasta kesken haastattelun. Tietosuoja, yksityisyys ja vaitiolovelvollisuus sitovat tutkijaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009, 7.) Tutkimuksen hyötyä mietittäessä, tulisi sen olla suhteessa tutkittavalle kohdistuneeseen haittaan tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada hyötyä tuloksista, mutta tutkittavia vahingoittamatta. Tästä syystä tutkimuseettisesti tässäkin tutkimuksessa oli otettava huomioon hyödyn ja tutkittaville aiheutuvan haitan, autonomian ja oikeuden mukaisuuden periaatteet. (Kuula 2006, 55–60) Tässä opinnäytetyössä oli tärkeää huolehtia luottamuksellisuudesta ja korostettava vaitiolovelvollisuutta. Aineisto avattiin lopullisessa raportissa,

eikä yksittäisistä kommenteista saanut joutua tietoa esimerkiksi terveydenhoitajille. Aineiston suojaaminen, huolellinen säilytys ja hävittäminen tuli myös informoida tutkittaville ennakkoon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009, 8–10) Tämän opinnäytetyön aineisto säilytetään tarkasti lukitussa paikassa tai sähköinen aineisto salasanaalla suojattuna. Aineisto hävitetään 2 vuoden kuluttua tutkimuksen valmistuttua, myös haastatteluiden litteroitu aineisto. Aineistosta poistettiin kaikki yksilöintitiedot, koska niillä ei ole merkitystä analyysin kannalta. (Kuula 2006, 80–87.)

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksellisen osuuden luotettavuus perustuu analysointivaiheessa puolueettomaan sisälönanalyysiin. Tutkittavien osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkijan ja tutkittavan suhde voivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkijan on myös osattava olla neutraali tutkimustilanteessa, ilmaisematta omia mielipiteitään tai asenteitaan. Tämä täytyy tässä tutkimuksessa ottaa erityisesti huomioon, koska tutkija itse työskentelee kouluterveydenhuollossa, jonka toiminasta on tarkoitus kerätä vanhempien kokemuksia sekä ajatuksia. (Kuula 2006, 153–155; Mäkinen 2006, 86–97.)

Tutkimuksen raportoinnissa pyritään tuomaan avoimesti esille tutkimuksen prosessia, sen etenemistä ja tutkijassa, tutkittavassa ilmiössä tai menetelmissä tapahtuvat mahdolliset vaihtelut (Kiviniemi 2007, 81–83). Ilmiön tulkinta, kuvailu ja selittäminen ovat luotettavan informaation tuottamista. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa informaation kriittinen perustelu. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus perustuu totuusarvoon, sovellettavuuteen, pysyvyyteen ja neutraalisuuteen. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkija, aineiston laatu, analyysi ja tulosten esittäminen sekä näiden valintojen tuloksena se, kuinka tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36–37.) Myös tässä opinnäytetyössä, tutkimuksen raportoinnissa pyrittiin kriittisesti perustelemaan valitut tutkimus-, analysointimenetelmät sekä avaamaan teorioiden muodostuminen mahdollisimman selkeästi ja perustellusti. Myös viitekehykseen ja aiempiin tutkimuksiin peilaamalla saatiin tässä tutkimuksessa samansuuntaisia tuloksia, joka osaltaan vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. (Pietarinen 2002, 59; Miles, Huberman & Saldaña 2014, 311–312.)

Tutkimuslupaa anottiin Hyvinvointialueen organisaatiolta. Tutkimukseen osallistuvia vanhempia tiedotettiin tutkimuksesta (Liite 2.) ja pyydettiin heiltä lupaa kirjallisesti (Liite 3.). Vanhempia informoitiin tutkimuksesta etukäteen ja pyydettiin luvat, sekä sovittiin haastattelun ajankohta.

6.3 Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet

Tutkimus oli opinnäytetyönä suppea. Mielenkiinto heräsi aiheeseen entisestään ja olisi ollut mielenkiintoista jalostaa vielä teemahaastattelua lisää tarkemman tiedon saamiseksi. Jatko työskentelyksi terveydenhoitajille suunnatut kyselyt, haastattelut tai työpajat antaisivat kehitystyölle vielä enemmän tietoa ja pohjaa. Myös vanhempien mukaantulo työpajoihin voisi olla jatkossa hyvä keino kehittää kouluterveydenhuoltoa perhekeskeisempään suuntaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä taustatietoa kehittämistyön pohjaksi alueen kouluterveydenhuoltoon. Siinä onnistuttiin hyvin, vaikkakin aiempiin tutkimuksiin verraten uutta tietoa kertyi kuitenkin vähän. Täsmällisempää tietoa olisi saatu teemahaastattelua muokkaamalla ja kohdentamalla kysymyksiä tarkemmin. Teemahaastattelu oli laaja ja kysymyksiä oli monelta osa-alueelta. Jatkossa olisi varmasti tarpeen kohdentaa kysymyksiä ja lähteä kehittämään teema-alue kerrollaan yhteistyötä kouluterveydenhuollossa perhekeskeisemmäksi. Tämän taustatiedon pohjalta on hyvä lähteä miettimään alueen kouluterveydenhuollon tilaa ja kehittämään yhteistyötä vanhempien kanssa. Mahdolliset haastattelut työntekijöille toisivat erilaista näkökulmaa asiaan.

Oppilashuolto on iso osa hyvinvoinnin edistämistä koulussa. Oppilashuoltolaissa peräänkuulutetaan entistä enemmän oppilashuollon ennaltaehkäisevää otetta yhteisön tasolla. Koulussa toteutuu kokonaisvaltainen lapsen hyvinvoinnin ulottuvuus, myös opetus ja koko koulu olisi hyvä ottaa mukaan yhteiseen työhön. Tästä aiheesta muodostuisi hyvin kehittämishanke tai opinnäytetyö, opetussuunnitelman, oppilashuoltolain ja kouluterveydenhuollon ohjeistusten yhteensovittamiseksi lasten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Muuntuvuuskyky kouluterveydenhuollossa vastaamaan maailman ja yhteiskunnan tilanteen mukaan, on hidasta. Tällä hetkellä voimassa oleva asetukset kouluterveydenhuollosta on vuodelta 2009, maailma on muuttunut siitä ja tarpeet lasten ja perheiden suhteen ovat hyvinkin erilaiset. Koronapandemia, sodat ja muut kriisit tulevat median myötä entistä enemmän myös lasten ja perheiden

elämään. Kouluterveydenhuollon rakenne on tällä hetkellä jäykkä systeemi. Se on liiaksi kontrolloitu. Asetus määrittelee pakolliset laajat tarkastukset, joiden tekemättä jättämiseen puututaan valvonnalla, sakoilla tai huomautuksilla. Koronapandemian aikaan tämä näkyi hyvin, koska terveydenhoitajien resurssit pienenevät työsiirtojen vuoksi, keskityttiin asetuksen mukaisiin tarkastuksiin ja lasten tuki pandemian keskellä jäi vähäiseksi.

Toivonkin tulevaisuudessa kouluterveydenhuoltoon joustavampaa, perheet, lapset ja yhteiskunnan tilanteen huomioivampaa työtettä. Yhteisöllisyys on kärsinyt pandemian aikana ja siihen tarvitaan resursseja. Positiivista oli huomata alueen terveydenhoitajien joustavuus ja palvelualltius. Vanhemmat tiedostuivat ja ymmärsivät hyvin heidän kiireensä. Tästä huolimatta kohtaaminen oli kiireetöntä ja miellyttävää perheiden näkökulmasta.

Lähteet

A 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 2011. Viitattu 30.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>

Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2022–2025, Viitattu 12.2.2023

[https://paijat-hame.fi/wp-content/uploads/2022/02/Alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointi-suunnitelma_2022_2025.pdf](https://paijat-hame.fi/wp-content/uploads/2022/02/Alueellinen_lasten_ja_nuorten_hyvinvointi-suunnitelma_2022_2025.pdf)

Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti: 2022_004. THL, 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>

Coyne, I. 2014. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centered care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18, 796–808

Frantantoni, C., Livingston, J., Schellinger, S.E., Aoun, S.M. & Lyon, M.E. 2022. Family-Centered Advance Care Palnning: What Matters Most for Parents of Children with Rare Diseases. *Children*, 9, 455. Viitattu 22.1.2023. [EBSCOhost](https://doi.org/10.3390/children9030445), CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.3390/children9030445>

Hakulinen-Viitanen, T., Peltola-Hietanen, M., Hastrup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus – OHJEISTUS äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere, 9.

Halme, N., Perälä, M-L. 2014. Teoksessa *Lapsiperheiden hyvinvointi*. (Toim.) Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. 2014. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 224–226.

Halme, N., Perälä, M-L., Laaksonen, C. 2010. Raportti 10/2010. Yhteistyöinterventtioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Oy, Helsinki, 25–26, 92-96.

Hastrup, A. & Lindberg, P. 19.11.2014. Viitattu 8.7.2015 <https://blogi.thl.fi/blogi/-/blogs/lapset-nuoret-ja-perheet-tarvitsevat-puolestapuhujia-sote-uudistuksessa>.

Heikkilä, T., Lindroos, S. 2009. Teoksessa *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. 2009, 58–60, 67–68

Hietanen-Peltola, M., Suontausta-Kyläinpää, S. 2009. Teoksessa *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä, 155–156, 156–159.

Hietanen-Peltola, M.; Vaara, S.; Hakulinen, T.; Merikukka, M. 2019. Tuen järjestäminen ja yhteistyö kouluterveydenhuollossa: työn edellytyksissä kehitettävää. THL. Viitattu 22.1.2023.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/138510>

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna Raamatutrukikoda, Tallinna, 27, 34–36, 41-42, 47-48, 59-60, 66-67, 72-73.

Hokkanen, T. 2002. Teoksessa Perhe ja vanhemmuus. (Toim.) Rönkä, A. & Kinnunen, U. 2002. Otavan kirjapaino, Keuruu, 119–132.

Hämäläinen, U., Kangas, O. 2010. Teoksessa Perhepiirissä. (Toim.) Hämäläinen, U. & Kangas, O. 2010. Kelan tutkimusosasto. Vammalan kirjapaino Oy, Sastamala, 7–12, 14–17, 303–313)

Jakobsen & Seversson 2006. Raportissa Raportti 10/2010. Halme, N., Perälä, M-L., Laaksonen, C. 2010, Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Oy, Helsinki, 27–30.

Kaikkonen, R., Mäki, P., Murto, J., Pentala, O., Hakulinen-Viitanen, T., Laatikainen, T. 2014. Teoksessa Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. (Toim.) Lammi-Taskula, J. Karvonen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 150–163

Karikoski 2008. Raportissa Raportti 10/2010. Halme, N., Perälä, M-L., Laaksonen, C. 2010, Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Oy, Helsinki, 25.

Kastehanke. Viitattu 2.3.2017. stm.fi/kaste

Kinnunen, U. & Mauno, S. 2002. Teoksessa Perhe ja vanhemmuus. (Toim.) Rönkä, A. & Kinnunen, U. 2002. Otavan kirjapaino, Keuruu, 99–106.

Kiviniemi, K. 2007. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. painos. (toim.) Aaltola, J. & Valli, R. Ws Bookwell Oy, Juva. 81–83.

Koskenvuo, K. 2010. Teoksessa Perhepiirissä. (Toim.) Hämäläinen, U., Kangas, O. Vammalan kirjapaino, Sastamala, 294–298, 298–312.

Kouluterveydenhuolto 2002- opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. 2002. Stakes, Oppaita 51. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Kuntien hyvinvointiverkosto. <https://paijat-sote.fi/ammattilaisille/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-alueellinen-koordinaatio/kuntien-hyvinvointiverkosto>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 55–60, 61–62, 64–84, 80–87.

Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2003 (Toim.) Janhonen, S., Nikkonen, M. WS Bookwell oy, Juva, 19–21, 36–39.

Lapsiperheille ja nuorille. Viitattu: 14.2.2023. <https://paijat-sote.fi/laakariin-ja-hoitoon/lapsiperheille-ja-nuorille/>

Larivaara, P., Lindroos, S., Heikkilä, T. 2009. Teoksessa Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto (Toim.) Larivaara, P. Lindroos, S., Heikkilä, T. 2009. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä, 19–21

Lapsen oikeuksien sopimus: Tiivistelmä. Viitattu 22.1.2023 <https://www.unicef.fi/tyomme/lapsen-oikeudet/lapsen-oikeuksien-sopimus/lapsen-oikeuksien-sopimus-tiivistettya/>

Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. (Toim.) Janhonen, S., Nikkonen, M. WS Bookwell oy, Juva, 19–21, 36–39.

Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä2. 2. laitos (4.laitoksen pohjalta) International Methelp Oy, Helsinki, 61.63. Viitattu 20.2.2023. <https://janet.finna.fi/booky.fi>

Miles, M., Meurman, M. & Saldana, J. 2014. Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook. Edition 3. Arizona State University, United States of America. 311-312.

Mäenpää, T. 2008. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere, 76.

Mäenpää, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. 2013. Family-school nurse Partnership in Primary School health Care. Scandinavian Journal of Caring Science. 27:195-202

Mäenpää, T., Åstedt-Kurki, P. 2002. Raportissa Raportti 10/2010. Halme, N., Perälä, M-L., Laaksonen, C. 2010, Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Oy, Helsinki, 27–30.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suunterveydenhuollon toimintaohjelma. 2021. [https://www.hollola.fi/library/files/61f8d5a8c91058945a00019e/Toimintaohje neuvola koulu-ja opiskeluterv.huolto lasten ja nuorten ehk ise v suun th.pdf](https://www.hollola.fi/library/files/61f8d5a8c91058945a00019e/Toimintaohje%20neuvola%20koulu-ja%20opiskeluterv.huolto%20lasten%20ja%20nuorten%20ehk%20isev%20suun%20th.pdf)

Niemelä, M. 2023. Koulu- ja opiskeluhuollon palveluesihenkilö. Päijät-Sote. Päijät-Hämeen hyvinvointialue. Haastattelu 20.2.2023.

Paakkari, O. 2016. [http://www.edu.fi/perusopetus/terveystieto/ops2016 tukimateriaalit/terveysosaamisen edistaminen](http://www.edu.fi/perusopetus/terveystieto/ops2016_tukimateriaalit/terveysosaamisen_edistaminen) Viitattu 2.6.2016

Perhekeskusten kehittäminen LAPE-muutosohjelmassa. 2021. THL. Sivua päivitetty 23.8.2021. Viitattu 22.1.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape-/perhekeskukset>

Perälä, M-L., Halme, N., Kanste, O. 2014. Teoksessa Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. (Toim.) Lammi-Tuiskula, J., Harvonen, S. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 232–252.

Pietarinen, J. 2002. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat. (Toim.) Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R., Pietarinen, J. Tammer-paino, Tampere. 59.

Poutiainen, H., Hakulinen-Viitanen, T., Laatikainen, T. 2014. Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 225-234.

Pulkkinen, L. 2002. Teoksessa Perhe ja vanhemmuus. (Toim.) Rönkä, A. & Kinnunen, U. 2002. Otavan kirjapaino, Keuruu, 14–16, 119–132.

Päijät-Hämeen hyvinvointialue. Viitattu 22.1.2023. <https://www.paijatha.fi/>

Tietoa hyvinvointialueesta. Viitattu 28.1.2023 <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/>

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Strategia. Viitattu 28.1.2023. <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/strategia/>

Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Teoksessa Terveystieteiden tutkimus. Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K., Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015, 288–289, 294.

Sirviö, K. 2010. Teoksessa Terveystieteiden tutkimus - Teorioista toimintaan. (Toim.) Pietilä, A-M. 2010. WSOYpro oy, Helsinki. 130–146.

Smith, J., Swallow, V., Coyne, I. 2015. Involving parents in managing their child's long-term condition: a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30 (1). 143-159.

STM hankkeet. Viitattu: 2.3.2017. stm.fi/hankkeet

Tilastokeskus. 2023. Viitattu 22.1.2023. https://statfin.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vamuu/statfin_vamuu_pxt_11lj.px/table/tableViewLayout1/

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus -ohjelma. 2023. THL. Sivua päivitetty 5.1.2023. Viitattu 22.1.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma?redirect=%2Ffi%2Ftutkimus-ja-kehittaminen%2Ftutkimukset-ja-hankkeet%2Ftutkimukset-ja-hankkeet-aiheittain%2Fsote-uudistus-tutkimukset-ja-hankkeet>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä. 62–63, 71–75, 86–93.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu 9.3.2016 <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä ja lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollosta, 338/2011. Finlex

Vehviläinen, U. 2012. Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen kouluterveydenhuollossa. OpinnäytetyöSaimaan Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, terveyden edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK-tutkinto. Lappeenranta.

Vilén, M., Vilhunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S., Kurvinen, A. 2013. Lapsuus – erityinen elämänvaihe. Sanoma Pro Oy, Helsinki, 55–65, 71–81, 165.

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Ammatit, perherakenne, lasten määrä, lasten iät

Tiedottaminen

Tieto kouluterveydenhuollon palveluista; (Palveluiden sisältö) Miten tiedotus toimii, onko riittävästi tiedotettu, miten tietoa saisi parhaiten tai haluttaisiin saada

Yhteydenpito; Miten halutaan tietoa lapsen asioista, mitkä asiat koetaan tärkeiksi tiedottaa, ideoita yhteydenpidon kehittämiseksi

Vanhempainillat; Toiveet terveydenhoitajan osallistumisesta, sisällöistä jne.

Resurssit

Henkilökunnan riittävyys; Tavoitettavuus: Miten tavoitetaan, yhteydenpito keinot, ajanvarauskäytännöt

Kokemukset terveydenhoitajalta saamasta ajasta, riittävyys, läsnäolo

Ehkäisevä toiminta; mitä toimintaa on olemassa, mitä voisi olla lisää, enemmän

Organisaatio

Oppilashuolto, mitä se on? Onko oppilashuollolla **yhteisiä toimintatapoja:** Ohjaaminen työntekijöille, yhteiset palaverit, tiedonsiirto, toiveet

Kuinka **sektorien välinen yhteistyö** on koettu; Lastensuojelu, lääkäripalvelut, erikoissairaanhoido, perheneuvola jne.: yhteiset palaverit, tiedonsiirto, toiveet

Yhteistyö

Kumppanuus ja perhekeskeisyys; Perheen, vanhempien ja muiden lasten huomiointi; perheen kuulluksi tuleminen; Miten ilmenee, tai ei näy toiminnassa, Toiveet

Huolen puheeksi otto; Kokemukset, toiveet: avun saanti, puheeksi otto, kouluterveydenhuolto avun hakupaikkana

Liite 2. Tutkimustiedote vanhemmille

Hyvät alakoululaisen vanhemmat!

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Terveyden edistämiseen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyönäni teen tutkimusta kouluterveydenhuollon ja kodin välisestä yhteistyöstä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää vanhempien tarpeita kouluterveydenhuollon ja kodin välisen yhteistyön kehittämiseksi Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kouluterveydenhuollossa.

Kodilla ja perheellä on iso rooli lasten hyvinvoinnissa, tästä syystä myös kouluterveydenhuoltoa tulisi kehittää entistä enemmän vastaamaan perheiden tarpeita. Tässä työssä te, vanhemmat, olette tärkeässä roolissa tuomassa tarvittavaa tietoa, ideoita ja ajatuksia työmme kehittämiseksi lapsenne hyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimukseen pyydetään osallistumaan koululaisten vanhempia sekä huoltajia.

Haastattelut suoritetaan teidän kanssanne erikseen sovittuna ajankohtana. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun kuluu aikaa noin tunti. Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen tutkija litteroi, eli kirjoittaa haastattelun kirjalliseen muotoon. Tässä yhteydessä aineistoa käsitellään niin, ettei tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyttä voi tunnistaa. Litteroinnin jälkeen haastattelunauhat hävitetään. Myös litteroitu aineisto hävitetään lopullisen raportoinnin valmistumisesta 2 vuoden kuluttua. Kaikki tutkimuksen aikana kerätty tieto on luottamuksellista ja tutkijalla on vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistumisensa suostumuksen voi peruuttaa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkimuksen tuloksista on osallistujilla mahdollista saada tietoa myöhemmin. Tutkimukseen osallistumisesta ei aiheudu osallistujille mitään haittaa. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta korvauksia.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa:

Hanna Saari

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumiselle

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen perehtynyt tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, kerättävän tutkimusaineiston käyttöön sekä tukittavien oikeuksiin.

Suostun osallistumaan tutkimukseen annettujen ohjeiden mukaisesti. Voin halutessani peruuttaa suostumukseni tai keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa.

Tutkimustuloksia ja kerättyä aineistoa saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus