

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena

Opas työntekijöille

ISSN 1236-116X
ISBN 952-00-1579-5

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy
Paino: Edita Prima Oy, Helsinki 2004

Tiivistelmä

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki, 2004. 318 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita ISSN 1236-116X; 2004:14) ISBN 952-00-1579-5

Uusi lastenneuvolaopas sisältää suuntaviivat kunnille lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi osana kunnan peruspalveluja. Niihin kuuluvat linjaukset neuvolatoiminnan sisällön ja menetelmien kehittämiseksi sekä neuvolatoiminnan organisoimiseksi ja johtamiseksi. Oppaan ensimmäisen osa on julkaistu erillisenä julkaisuna kuntapäätäjille.

Perheiden ja vanhemmuuden tukemiseksi ja lasten hyvinvoinnin edistämiseksi ehdotetaan perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä, laajaa vertaistukitoimintaa sekä huomion kiinnittämistä parisuhteen vaalimiseen. Määräaikaisseuranta ja erilaiset seulonnat sekä niihin liittyvä perheiden neuvonta ja tukeminen muodostavat edelleen neuvolatoiminnan tukirangan. Lisäksi on tarpeen kehittää toimintavalmiuksia lapsen ja perheen erityistilanteita varten. Erityisen tuen tarpeessa oleville perheille suositellaan herkästi lisäkäyntejä, joko vastaanotolle tai kotikäynteinä. Näin on mahdollista toteuttaa varhaisen puuttumisen periaatetta, joka on yksi oppaan keskeisistä periaatteista.

Neuvolatoiminnan haasteellisuuden lisääntymisen myötä lapsen ja perheen pulmien ehkäiseminen ja hoitaminen edellyttävät yhä useammin suunnitelmallista moniammatillista yhteistyötä ja hoitopoluista sopimista. Yhteistyön varmistamiseksi ehdotetaan perhepalveluverkoston muodostamista ja yhteistyön sisällyttämistä osaksi kunnan lapsipoliittista ohjelmaa. Tällaiset yhteistyörakenteet voivat palvella esimerkiksi kaikkia alle 18-vuotiaiden lasten perheitä. Lapsiperheiden palveluiden ohjausta ja seurantaa tehostamaan suositellaan laaja-alaista suunnittelu- ja seurantaryhmää, joka raportoi kunnan poliittisille päätäjille. Lastenneuvolatyöryhmä siihen kuuluvine erityistyöntekijöineen, jollainen toimii jo useimmissa neuvoloissa, järjestää lasten jatkotutkimuksia ja varhaiskuntoutusta kuntatasolla.

Oppaassa kuvatun työn toteuttamiseksi tarvitaan väestöön ja sen erityispiirteisiin nähden riittävä määrä terveydenhoitajia (enintään 340 alle 7-vuotiasta lasta/terveydenhoitaja, kun sijaista ei ole) sekä neuvolatoimintaan motivoituneita, koulutettuja ja siitä vastuuta ottavia lääkäreitä (enintään 2 400 lasta/kokopäivätoiminen lääkäri, kun sijaista ei ole). Neuvolaan ehdotetaan lisättäväksi perhetyön osaamista erityistukea tarvitsevien perheiden kotikäyntitoimintaa varten.

Lastenneuvolatyön tuloksellisuuden parantaminen edellyttää riittävien resurssien ja yhteistyön kehittämisen lisäksi johtamisen tehostamista, muun ohessa johtamisen vastuuhenkilöiden nimeämistä. Neuvolatoiminnan laadunparviointia, tilastointia ja paikallista kehitystyötä on syytä

edistää. Uudet täydennyskoulutusta koskevat säädökset ja suositukset antavat perustan neuvolatyötä tekevien osaamisen päivittämiseksi ja jatkuvalla ylläpitämiseksi. Päävastuu oppaaseen sisältyvien ehdotusten toimeenpanosta on kunnilla. Lisäksi tarvitaan sosiaali- ja terveystaloustieteiden seudullista yhteistyötä sekä oppilaitosten ja järjestöjen panosta. Osa ehdotuksista edellyttää kansallisia toimenpiteitä. Tällaisia ovat tilastoinnin ja tietojärjestelmien sekä tutkimustyön ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen.

Ehdotuksia sovelletaan eri kunnissa ja alueilla paikallisten olosuhteiden ja tarpeiden mukaisesti. Sosiaalisten ja mielenterveyden ongelmien suuri esiintyvyys pakottaa vakavasti miettimään ongelmien varhaista ehkäisyä ja ongelmiin tarttumista silloin, kun ne ovat vielä pieniä. Molempiin on jo olemassa keinoja, joiden käyttöönotto edellyttää varsin kohtuullisia, ongelmiin ja niiden hoitamisen kustannuksiin suhteutettuna jopa vaatimattomia lisävoimavaroja. Tietoa on kertymässä siitä, että ehkäisevää toimintaa tehostamalla pystytään vähentämään korjaavan toiminnan kustannuksia.

Asiasanat:

hyvinvointi, johtaminen, laatu, lapset, lastenneurolat, lääkärit, terveydenhoitajat, terveyden edistäminen, terveys, yhteistyö

Sammandrag

Rådgivningsbyråerna för barnavård som stöd för barnfamiljerna. Guide för personalen. 2004. 318 s. (Social - och hälsovårdsministeriets handböcker ISSN 1236-116X; 2004:14) ISBN 952-00-1579-5

Den nya barnrådgivningsguiden presenterar riktlinjerna för utvecklingen av rådgivningsverksamheten såsom en del av kommunens basservice. Riktlinjerna gäller bland annat utveckling av barnrådgivningens innehåll och metoder samt organisering och ledning av verksamheten. Det första avsnittet i guiden har utgivits som en separat publikation riktad till beslutsfattarna i kommunerna.

I syfte att stödja familjer och föräldraskap samt främja barnens välbefinnande föreslås ett familje- och resursbaserat arbetsgrepp, en omfattande kamratstödsverksamhet samt en fokusering på vårdande av parrelationer. Rådgivningsverksamheten bygger alltså på periodisk uppföljning och olika former av screening samt familjerådgivning och -stöd i anslutning till dessa. Det är även skäl att bygga upp beredskap för särskilda situationer som berör barn eller familjer. För familjer som är i behov av särskilt stöd rekommenderas ofta extra besök, antingen på rådgivningsbyrån eller i form av hembesök. På så sätt kan man genomföra principen om tidigt ingripande, som är en av de bärande idéerna i guiden.

I en tid när rådgivningsverksamheten kräver allt större kompetens förutsätter förebyggande och hantering av barn- och familjeproblem oftare ett planmässigt multiprofessionellt samarbete och överenskomelser om vårdrutiner. För att trygga samarbetet föreslås ett nätverk inom familjetjänsterna och en integrering av samarbetet med kommunens barnpolitiska program. För att effektivisera styrningen och uppföljningen av tjänsterna för barnfamiljer rekommenderas en övergripande planerings- och uppföljningsgrupp som avlägger rapporter för de politiska beslutsfattarna inom kommunen. En arbetsgrupp för barnrådgivning inklusive de specialarbetstagare som ingår i gruppen arrangerar fortsatta undersökningar av barn och tidig rehabilitering på kommunnivå.

För utförandet av det arbete som beskrivs i guiden behövs ett i relation till befolkningen och dess särdrag tillräckligt antal hälsovårdare (högst 340 barn under 7 år per hälsovårdare när det inte finns någon vikarie) samt läkare som är motiverade att satsa på rådgivningsverksamhet, som har fått utbildning för verksamheten och är beredda att bära ansvar för den (högst 2 400 barn per heltidsanställd läkare utan vikarie). Det föreslås att rådgivningsbyråerna satsar på utökad kompetens för familjearbete med tanke på hembesöken hos familjer som behöver särskilt stöd.

För att göra rådgivningsarbetet verkkningsfullare krävs förutom ökade resurser och satsning på samarbete även ett effektiviserat ledarskap (bland

annat genom utnämning av personer som ansvarar för ledarskapet). Det är skäl att främja kvalitetsutvärderingen, statistikföreningen och ett lokalt utvecklingsarbete inom rådgivningsverksamheten. De nya författningarna och rekommendationerna om kompletterande utbildning lägger en grund för uppdatering och för ett fortlöpande upprätthållande av kompetensen hos personalen vid rådgivningsbyråerna. Huvudansvaret för verkställigheten av de förslag som ingår i guiden bärs av kommunerna. Vidare behövs ett brett upplagt regionalt samarbete mellan systemet för social- och hälsovårdstjänster, läroanstalter och organisationer. En del av förslagen förutsätter åtgärder på nationell nivå: exempelvis utveckling av statistikförening och informationssystem samt av forskningsarbete och verksamhet baserad på konkreta resultat.

Förslagen tillämpas i olika kommuner och områden utgående från lokala förhållanden och behov. De tilltagande sociala och mentala problemen innebär dock att det gäller att allvarligt överväga förebyggande åtgärder i ett tidigt skede och ingrepp redan innan problemen hunnit bli alltför stora. Metoder för att uppnå dessa ändamål finns redan. De förutsätter rätt rimliga eller rentav obetydliga tilläggsresurser i relation till problemen och de kostnader som dessa förorsakar. Det finns belägg för att man genom en effektivisering av den förebyggande verksamheten kan reducera kostnaderna för korrigerande verksamhet.

Nyckelord

barn, hälsa, hälsofrämjande, hälsovårdare, ledarskap, läkare, rådgivningsbyråer för barnavård, samarbete, välbefinnande

Summary

Child health clinics in support of families with children. A guide for staff. Helsinki 2004. 318p. (Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-116X; 2004:14) ISBN 952-00-1579-5

The new guide for child health clinics outlines the development of the clinics' work as a part of the municipal primary services. The guide contains guidelines for development of the content and working methods as well as for organising and leading of the work of the child health clinics. The first part of the guide, which is meant for municipal decision-makers, has been published separately.

Measures that are proposed to support families and parenting and to promote the well-being of children include a family- and resource-oriented approach, extensive peer support activities and paying attention to fostering the parents' relationship. Regular follow-ups, various screenings and related guidance and support for families still constitute the foundation of the work. In addition, it is important to develop preparedness for dealing with special situations of children and families. Additional visits are recommended for families in need of special support, either as visits to the clinic or home visits. This will enable early intervention, which is one of the main principles outlined in the guide.

As the challenges for the work of child health clinics are increasing, prevention and dealing with problems of children and families presuppose systematic multiprofessional co-operation and agreeing on care paths. It is suggested, with a view to ensuring the necessary co-operation, that a family service network should be established and co-operation integrated into the municipal childhood policy programme. A broad-based planning and monitoring group is recommended to intensify case management and service co-ordination, as well as the monitoring of services for families with children; the group would report of its work to the municipal decision-makers. The child health clinic working group, in which experts are included, is to arrange follow-up examinations and early rehabilitation for children at the municipal level.

For the work described in the guide, a sufficient number of public health nurses and physicians trained and motivated for the work at a child health clinic are needed taking account of the population and its characteristics. The proportions should be max. 340 children under 7/ public health nurse and max. 2,400 children/full-time doctor, when there is no substitute. Skills in family-oriented work should be increased in order to manage home visits to families in need of special support.

The effectiveness of the clinics' work can be promoted, not only by increasing resources and boosting co-operation but also by making the

management of the work more effective (i.a. appointing particular persons to be responsible for management). The quality assessment, statistics and local development work relating to the clinic's services should be boosted. The new statutes and recommendations on further education provide the basis for updating and continuous maintaining of the skills and knowledge of clinic staff. The main responsibility for the implementation of the proposals presented in the guide is vested in the local authorities. Sub-regional co-operation between the social welfare and health care system, educational institutions and non-governmental organisations is needed, in addition. Part of the proposals even require measures at the national level, e.g. development of the statistics, information systems, research and evidence-based activities.

The proposals will be applied in different municipalities and localities taking account of the local conditions and needs. The increased social and mental health problems demand a serious consideration of early prevention and tackling of problems when they are still manageable. There are means to deal with both and their introduction only requires reasonable additional resources, compared with the costs of the consequences of problems and dealing with them. There is increasing knowledge and information of how the costs of corrective measures can be reduced by intensifying the preventive action.

Key words:

child health clinics, children, co-operation, health, health promotion, leadership, physicians, public health nurses, wellbeing

Esipuhe

Jatkuvasti kehittyvä ja hyvin resursoitu lastenneuvolajärjestelmä on tärkeä osa kunnan terveyttä edistäviä peruspalveluja. Lasten terveyden edistäminen ja sairauksien ja kehityshäiriöiden varhainen toteaminen ovat edelleen neuvolan perustehtäviä. Oikein suunnatun ja oikeaan aikaan järjestetyn tuen avulla voidaan myös merkittävästi ehkäistä lasten ja nuorten pahoinvointia ja syrjäytymistä. Lapsen odotus, syntymä ja pikkulapsiaika lisäävät perheen motivaatiota kehittyä ja kasvaa lapsen hyvinvoinnin edistämiseksi.

Tämän oppaan tarkoituksena on linjata 2000-luvun neuvolatyötä sekä sen johtamista ja kehittämistä kunnissa. Opas on suunnattu ensisijaisesti neuvolatyötä tekeville sekä neuvolatyöstä vastaaville viranhaltijoille ja terveyskeskuksen johdolle. Myös neuvolan yhteistyökumppanit sekä alan opiskelijat ja opettajat hyötyvät oppaasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä ilmaistuihin tarpeisiin perustuva opas on poikkeuksellisen laaja ja yksityiskohtainen.

Oppaaseen sisältyvät suositukset perustuvat terveystieteisiin linjauksiin, osaksi tutkimusnäyttöön ja osaksi asiantuntijoiden kannanottoihin. Suositusten soveltaminen voi erilaisissa kunnissa ja eri alueilla olla erilaista ja paikallisesti tarkoituksenmukaista. Perheiden näkökulmasta on kyse tasa-arvosta ja oikeudenmukaisuudesta palvelujen tarjonnassa. Siksi suositusten yhtenä tarkoituksena on taata neuvolatoiminnan riittävän yhtenäinen taso ja laatu eri puolilla maata.

Oppaan on valmistellut sosiaali- ja terveysministeriön asettama asiantuntijatyöryhmä. Työskentelynsä aikana työryhmä kuuli kokouksissaan lukuisia eri alojen asiantuntijoita. (Liite 1). Erikoisalayhdistyksiltä saatiin asiantuntijakannanottoja oppaan sisällön suunnittelun tueksi. Työryhmä valmisteli opasta avoimessa yhteistyössä kentän kanssa ja järjesti lääninhallitusten kanssa kuusi kuulemistilaisuutta keväällä 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö sai oppaasta yhteensä 76 lausuntoa eri tahoilta kuten keskushallinnosta, lääninhallituksilta, oppilaitoksilta, sairaanhoitopiireiltä, kunnilta ja terveyskeskuksilta, järjestöiltä, osaamiskeskuksista ja yksittäisiltä asiantuntijoilta. Oppaan kaksi eri luonnosversiota on ollut saatavissa ja kommentoitavissa ministeriön kotisivuilta ja niistä on tiedotettu useissa ammattilehdissä. Opasta valmisteltaessa on saatu arvokkaita evästyksiä ja kirjallisia ehdotuksia perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, yliopistoilta ja ammattikorkeakouluilta, järjestöiltä ja asiantuntijalaitoksilta. Sosiaali- ja terveysministeriö kiittää erityisesti LKT, lastentautien erikoislääkäri Elina Hermansonia ja terveydenhoitaja, dosentti Marjaana Pelkosta, jotka ovat toimineet oppaan kirjoittajina työryhmän ohjauksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö kiittää myös muita työhön aktiivisesti osallistuneita asiantuntijoita.

Sosiaali- ja terveysministeriö kannustaa neuvoloiden henkilökuntaa kehittämään neuvolatoimintaa oppaan linjausten mukaisesti. Kuntapäätäjien ja neuvolatoiminnasta vastuussa olevien viranhaltijoiden tehtävänä on pitää huolta neuvolatoiminnan riittävästä resursoinnista ja muista toimintaedellytyksistä kuten työvoiman jaksamisesta ja osaamisesta. Terveystieteiden kustannusten hillitsemiseksi on syytä käyttää ehkäisevän työn mahdollisuudet. Se on lapsiperheiden kannalta inhimillisesti perusteltua ja useimmissa tilanteissa myös kustannuksiltaan edullisempää kuin korjaava työ.

Helsingissä syyskuussa 2004,

Peruspalveluministeri Liisa Hyssälä

SISÄLLYS

OSA I	
NEUVOLATYÖN TAVOITTEET JA ORGANISOINTI	15
1 JOHDANTO	15
2 LASTENNEUVOLAN TAVOITTEET, TEHTÄVÄT JA TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET	19
2.1 Tavoitteet ja tehtävät	20
2.2 Toimintaa ohjaavat periaatteet	22
3 MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ LAPSIPERHEIDEN HYVÄKSI	26
3.1 Valtakunnalliset ohjelmat yhteistyön lähtökohtana	27
3.2 Lapsiperhetyön tiivistäminen kunnan perhepalvelu- verkostossa	28
3.3 Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu ja seuranta	30
3.4 Lastenneuvolan henkilöstö ja mitoitus	32
3.4.1 Terveydenhoitaja	32
3.4.2 Lastenneuvolan lääkäri	33
3.4.3 Perhetyö ja perhetyöntekijä	35
3.4.4 Erityistyöntekijät	36
3.4.5 Henkilökunnan mitoitus	39
3.5 Lastenneuvolatyöryhmä ja muu neuvolan yhteistyö	40
3.6 Yhteistyötä kunnan sisällä	42
3.6.1 Yhteistyö kotipalvelun ja lastensuojelun kanssa	42
3.6.2 Yhteistyö päivähoidon ja varhaiskasvatuksen kanssa	43
3.6.3 Yhteistyö kasvatus- ja perheneuvoloiden kanssa	46
3.6.4 Yhteistyö koulujen kanssa	47
3.6.5 Yhteistyö muiden sidosryhmien kanssa	48
3.7 Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa	50
3.8 Neuvolatietojen luovuttaminen ja salassapito	51
4 NEUVOLATYÖN JOHTAMINEN, ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN	54
4.1 Neuvolatyön johtaminen	55
4.2 Lapsen asiakirjat	58
4.3 Tilastointi ja sen kehittäminen	60
4.4 Laadun arviointijärjestelmä	62
4.5 Näyttöön perustuva toiminta ja paikallinen kehitystyö	64
4.6 Täydennyskoulutuksen kehittäminen	67
4.7 Työnohjaus	70
4.8 Työntekijän vaihtuminen ja perehdytys	71
4.9 Neuvolatyön kustannukset	72
5 SUOSITUSTEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI	75

OSA II		
NEUVOLATYÖN SISÄLTÖ JA MENETELMÄT: YKSILÖLLISTÄ SEURANTAA JA TUKEA VAUVASTA KOULUIKÄÄN		79
6 VANHEMMUUS, PARISUHDE JA LAPSEN KEHITYKSEN TUKEMINEN		79
6.1 Vanhemmuuden voimavarat muuttuneessa elämäntilanteessa		80
6.2 Isäksi ja äidiksi kasvaminen		83
6.3 Vanhemman ja vauvan varhainen vuorovaikutus		85
6.4 Vanhemmat lapsensa itsetunnon ja yksilöllisen erilaisuuden tukijoina		87
6.5 Lasten kasvatusta ja vanhemmuuden roolit		88
6.6 Lapsen näkökulma perheen arkeen		90
7 NEUVOLAN TEHTÄVÄT PERHEIDEN TUKEMISSA		93
7.1 Lapsen kohtaaminen neuvolassa		94
7.2 Hyvä yhteistyösuhde vanhempiin – avain voimavarojen vahvistamiseen		95
7.3 Perheiden tuen tarpeiden tunnistaminen		98
7.4 Lomakkeet varhaisen puuttumisen apuvälineinä		99
7.5 Yksilöllisten palvelujen suunnittelu lapsille ja perheille		102
7.6 Voimavaralähtöiset työmenetelmät perheiden tietojen ja taitojen tukemisessa		103
7.7 Neuvontaa sähköpostitse, puhelimitse ja verkon kautta		106
7.8 Kokonaiskäsitys asiakaskunnan tuen tarpeista		108
7.9 Neuvolatyön tulokset ja vaikuttavuus		109
8 VERTAISTUKEA VANHEMPAINRYHMISTÄ		112
8.1 Vertaistuen merkitys		113
8.2 Esimerkkejä vanhempainryhmistä ja muista pienryhmistä		113
8.3 Perhevalmennuksen laajentaminen vanhempainryhmätoiminnaksi		116
8.4 Pienryhmätoiminnan järjestämisen edellytyksiä		118
9 KOTIKÄYNNIT		120
9.1 Kotikäyntien merkitys		121
9.2 Lastenneuvolan kotikäynti ennen lapsen syntymää		121
9.3 Kotikäynti vastasyntyneen lapsen perheeseen		123
9.4 Muut kotikäynnit		124
10 LAPSEN MÄÄRÄAIKAISSEURANTA		126
10.1 Määräaikaisseurannan yleisperiaatteita		127
10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta		130
10.3 Kuuden-kahdeksan viikon ikäisen lapsen määräaikaistarkastus		131
10.4 Kolmen kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus		133
10.5 Neljän kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus		134
10.6 Viiden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus		137
10.7 Kuuden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus		137

10.8	Kahdeksan kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus	139
10.9	Yksivuotias lapsi neuvolassa	141
10.10	Puolitoistavuotias lapsi neuvolassa	142
10.11	Kaksivuotias lapsi neuvolassa	145
10.12	Kolmevuotias lapsi neuvolassa	147
10.13	Nelivuotias lapsi neuvolassa	150
10.14	Viisivuotias lapsi neuvolassa	152
10.15	Kuusivuotias lapsi neuvolassa	156
11	SAIRAUKSIEN JA VAMMAISUUDEN SEULONNAT	158
11.1	Psykkisten ongelmien seulonnat	159
11.2	Somaattiset seulonnat	163
11.3	Neurologisten ongelmien seulonnat	166
11.4	Kuulon ja näön seulonnat	171
12	ROKOTUKSET	177
13	RAVITSEMUS JA RAVITSEMUSOHJAUS	180
13.1	Imetys ja lapsen muu ruokavalio imeväisiässä	181
13.2	Lapsen ruokailu leikki-iässä	185
13.3	D-vitamiinivalmisteen käyttö	187
13.4	Ruokaan ja ruokailuun liittyvät pulmat	188
13.5	Ravitsemusohjaus neuvolassa	189
14	MUU TERVEYDEN EDISTÄMINEN	192
14.1	Suun terveydenhoito	193
14.2	Tapaturmien ehkäiseminen	196
14.3	Lapsen ja perheen liikunta	198
14.4	Vanhempien ja lasten seksuaalinen terveys	200
14.5	Vanhempien tupakointi	202
14.6	Vanhempien alkoholinkäyttö	204
14.7	Lapset ja tietotekniikka	207
15	LAPSEN ERITYISTILANTEET JA NIISSÄ TUKEMINEN	210
15.1	Yleistä erityistilanteista	211
15.2	Keskoslapsi	212
15.3	Itkuinen vauva	213
15.4	Temperamentiltaan vaativa lapsi	215
15.5	Pitkäaikaisesti sairas, paljon sairastava tai vammaisen lapsi	216
15.6	Allergiat ja astma	218
15.7	Lapsen ylipaino	221
15.8	Neurologisen kehityksen erityisvaikeudet ja oppimishäiriöt	223
15.9	Lapsen infektio kierre ja toistuvat korvatulehdukset	225
15.10	Lapsen käytöshäiriöt ja mielenterveysongelmat	226
16	PERHEEN ERITYISTILANTEET JA NIISSÄ TUKEMINEN	228
16.1	Sisaruksen sairaus ja lapsen kuolema	229
16.2	Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus	230
16.3	Vanhempien psyykkiset sairaudet	234
16.4	Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen	236

16.5	Väkivalta parisuhteessa	238
16.6	Vanhempien päihteiden käyttö	242
16.7	Parisuhde- ja seksuaalivaikeudet	244
16.8	Vanhempien avioerotilanne lapsen näkökulmasta	245
16.9	Kotona hoidetut lapset eristäytyneessä perheessä	246
16.10	Paikkakunnalle äskettäin muuttanut perhe	247
16.11	Etnisiin vähemmistöihin kuuluvat perheet	248
16.12	Monimuotoinen perhe	253
16.13	Muita elämäntilanteita	254

LÄHTEET

256

LIITTEET

265

Liite 1.	Asiantuntijatyöryhmän kokoonpano	265
Liite 2.	Lastenneuvolatyöryhmä ja perhepalveluverkosto	267
Liite 3.	Lastenneuvola koskeva lainsäädäntö	268
Liite 4.	Terveydenhoitajan ja lääkärin mitoituskalenteri	276
Liite 5.	Lomakemalli. Suostumuksen antaminen salassa pidettävien tietojen luovuttamiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Ohjeet suostumuslomakkeen täyttämiseksi	284
Liite 6.	Esimerkkejä lapsia ja lapsiperheitä koskevista indikaattoreista	287
Liite 7.	Lastenneuvolatoiminnan kehittämistä tukevia kotisivuja	289
Liite 8.	Terveydenhoitajan ja lääkärin peruskoulutuksen antamat valmiudet neuvolatyöhön	294
Liite 9.	Lomake lasta odottavan perheen voimavarojen ja perhettä kuormittavien tekijöiden tunnistamiseen	296
Liite 10.	Vauvaperheen arjen voimavarat. Lomake vauvaperheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamiseen	299
Liite 11.	Raskaudenaikainen vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake	302
Liite 12.	Lapsen syntymää seuraavaa vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake	306
Liite 13a.	Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi	
Liite 13b.	Merkittävän masennuksen kriteerit	310
Liite 14.	Lomake parisuhdeväkivallan seulontaan äitiys- ja lastenneuvoloissa	312
Liite 15.	Lastenneuvolan määräaikaistarkastusten ohjelma	313
Liite 16.	Kuulon tutkiminen lastenneuvolassa	314
Liite 17.	Näön tutkiminen lastenneuvolassa	315
Liite 18.	Lapsen suun terveydenhoito säännöllisten neuvolakäyntien yhteydessä	316

OSA I
Neuvolatyön tavoitteet
ja organisointi

1

Johdanto

OSA I

Neurolatyön tavoitteet ja organisointi

1

JOHDANTO

Lastenneurolatoiminnan järjestämistä koskeva opas laadittiin viimeksi Lääkintöhallituksen toimesta vuonna 1990. Kolme vuotta myöhemmin muutettiin valtionosuusjärjestelmää. Kunnilla on ollut sen jälkeen entistä itsenäisempi asema palveluiden järjestäjänä. 1980-luvun lopulta alkaen noin puolet kunnista on päättänyt järjestää terveydenhuoltonsa väestövastuuperiaatteen mukaisesti. Väestövastuujärjestelmän pelättiin heikentävän neuvolapalveluita ja uhkaavan neuvoloiden osaamista ja ammattitaitoa. Muutoksista huolimatta sekä äitiys- että lastenneurolat ovat säilyttäneet paikkansa terveydenhuollossa. Neuvolapalvelujen tarpeellisuutta ja hyödyllisyyttä lasten terveyden edistäjinä ei ole vakavasti kyseenalaistettu edes lamavuosina. Tosin monin paikoin määräaikaistarkastuksia on supistettu ja kotikäynneistä luovuttu liian niukasti mitoitettujen terveydenhoitajaresurssien vuoksi.

Viime vuosikymmenten aikana neuvoloissa on tutkittu asiakkaiden odotuksia ja tarpeita ja tehty runsaasti paikallista kehittämistyötä. Myös terveydenhoitajien koulutusta on kehitetty. Osa hyvistä ja toimivista uusista käytännöistä on levinnyt muihinkin neuvoloihin, yleensä kuitenkin sattumanvaraisesti ja riippuen paikallisten henkilöiden aktiivisuudesta.

Suomalaisten lasten ja nuorten kuolleisuus on kolmen viimeksi kuluksen vuosikymmenen aikana puolittunut. Imeväiskuolleisuus oli vuonna 2002 maailman alhaisimpia (3/1 000 elävänä syntynyttä lasta kohden). Valtaosa aiemmin kuolemaan tai vammautumiseen johtaneista vakavista infektioitaudeista on hävinnyt Suomesta rokotuksin. Lasten sairastavuus ei kuitenkaan ole juurikaan vähentynyt vakavia infektioitauteja ja hampaskariesta lukuun ottamatta. Hammaskarieksen osalta myönteinen kehitys pysähtyi 1990-luvulle tultaessa. Hoidot sitä vastoin ovat kehittyneet, ja monet sairaudet todetaan entistä varhaisemmassa vaiheessa ja voidaan hoitaa entistä tehokkaammin. Myös kuntoutusmenetelmät ovat kehittyneet. Lastenneurolalla on ollut keskeinen merkitys infektiosairastavuuden vähentämisessä, tapaturmien ehkäisyssä sekä monien lapsuuden sairauksien seulonnessa, varhaisessa toteamisessa ja hoitoon ohjauksessa.

Valtaosa lapsista tämän päivän Suomessa voi hyvin ja elää todennäköisesti pitempään kuin mikään aiempi sukupolvi.

Lasten terveyden edistämässä on yhä edelleen haasteita. Lasten ja nuorten psykososiaaliset ongelmat ovat yleisiä, ja mm. vakavan masennuksen osuus sairaalahoitojen syynä on lisääntynyt. Suomalaisten nuorten alkoholin käyttö on runsasta. Lihavuuden yleistymisestä myös lapsiväestössä on selviä viitteitä. Oppimisvaikeudet näyttävät lisääntyneen, ja niiden merkitys on kasvanut. Astma, allergiat ja diabetes ovat yhä tavallisempia, toisaalta niiden hoidot ovat kehittyneet. Perheiden ongelmista kertovat lastensuojelun avoimuuden tukitoimet ja huostaanotot ovat lisääntyneet. Eri tutkimusten mukaan neuvolaikäisten lasten perheistä 10–30 % arvioidaan olevan erityisen tuen tarpeessa. Päivähoidossa olevista lapsista 6–15 % tarvitsee erityistukea päivähoidon tilastojen mukaan.

Lasten ja nuorten ongelmien ja oireilun taustalla on monia perheen ja yhteiskunnan muutoksia. Vanhemmuus on entistä suurempi haaste. Muuttoliike on kasvanut ja vanhempien sosiaaliset tukiverkostot ovat harvenneet. Perinteinen suomalainen yhteiskulttuuri on korvautumassa yksilöllisillä elämäntaparatkaisulla. Kaupallinen media tuo perheisiin terveyden kannalta ristiriitaisia tarpeita ja odotuksia. Pienten lasten perheet ovat keskimäärin köyhempiä kuin lapsettomat perheet ja vanhempien lasten perheet. 2000-luvun taitteessa n. 30 000 lapsen perhe hajoaa vuosittain. Raskaana olevista naisista n. 5 % arvioidaan olevan alkoholin ongelmakäyttäjiä, jolloin sikiövaurioiden ja lapsen henkisen kehityksen häiriöiden riski on suuri. Miehillä alkoholin ongelmakäyttö on vielä yleisempää. Lasta odottavien ja kasvattavien vanhempien huumeiden käyttö on viime vuosina lisääntynyt. Synnyttäneistä äideistä 10–15 % käy läpi masennusvaiheen, jonka aikana äidin ja lapsen varhainen vuorovaikutus häiriintyy helposti. Myös isien mielenterveyden ongelmat näkyvät lapsen elämässä. Alle 18-vuotiaista lapsista ja nuorista 17 % kertoo nähneensä tai kokeneensa kotona väkivaltaa. Lapsen terve kasvu ja kehitys on vaarassa erityisesti silloin, kun useampia terveyden ja hyvinvoinnin kannalta haitallisia tekijöitä kasaantuu perheeseen, eikä riittävää tukea ole tarjolla.

Tutkimusten mukaan vanhemmat ovat useimmiten melko tyytyväisiä neuvolapalveluihin. He toivovat terveydenhoitajalta ja lääkäriltä enemmän aikaa, yksilöllistä ja perheen tarpeista lähtevää tukea sekä enemmän keskustelua parisuhteeseen, vanhemmuuteen sekä lasten psykososiaaliseen kehitykseen ja kasvatukseen liittyvissä asioissa. He toivovat myös mahdollisuutta vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Vanhemmat kaipaavat neuvolaan sellaista ilmapiiriä, jossa voi puhua vaikealta tuntuvista ja aroista asioista. Vanhemmat odottavat myös, että he voisivat käydä saman terveydenhoitajan ja lääkärin luona. Eniten tukea halutaan pikkuvauva- ja uhmaikävaiheessa. Neuvolaa ympäröivien palvelujen hajanaisuus koetaan ongelmallisena.

Terveydenhoitajat tunnistavat melko hyvin äidin masennuksen sekä vanhempien jaksamiseen ja vanhempien ja lasten vuorovaikutukseen

liittyviä ongelmia. Sen sijaan he kokevat puutteita taidoissaan tunnistaa perheen sosiaalisia pulmia ja kriisejä kuten vanhempien parisuhde- ja päihdeongelmia sekä perheväkivaltaa. Terveydenhoitajat kokevat myös, ettei heillä ole riittävästi aikaa ja välineitä perheiden tukemiseen. Verkosto- ja tiimityön mahdollisuuksia käytetään vielä liian vähän.

Lääkäriin osuutta neuvolatoissa on tutkittu ja kehitetty varsin vähän. Vaikutelma on, että lääkäreiden keskimääräinen työpanos neuvoloissa on vähentynyt ja heidän roolinsa kapeutunut konsultointityyppisiksi tehtäviksi, mikä on saattanut vähentää työn mielekkyyttä. Vaikka neuvolatoissa on muuten tutkittu ja kehitetty melko runsaasti, tietoa neuvolatoiminnan vaikuttavuudesta on vähän. Neuvolalla on kuitenkin selkeä yhteiskunnallinen arvoperusta.

2000-luvun alun lastenneuvola ei voi yksin muuttaa perheiden olosuhteita. Perheiden ja vanhemmuuden todellinen tukeminen ja lasten pahoinvoinnin ennaltaehkäisy edellyttävät myös asunto-, verotus- ja sosiaalipoliittisia toimia sekä työelämän sovittamista lapsimyönteisempään suuntaan. Samalla tarvittaisiin koko yhteiskunnan läpi käyvää asenteiden ja käyttäytymisen muutosta kohti yhteisvastuuta, välittämistä ja yhteisöllisyyttä.

Lastenneuvolassa toimivat terveydenhoitajat tapaavat lähes kaikki pienten lasten perheet yhteensä n. 15–20 kertaa. Lastenneuvolalla on yhteiskunnassa vakiintunut ja keskeinen asema, hyvä kattavuus ja matala kynnys. Niinpä sillä on hyvät mahdollisuudet tehostaa sairauksien ehkäisyä, edistää fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä tukea perheitä erilaisissa pulmatilanteissa. Terveyden edistämiseen suositetaan voimavaroiltaan, perhekeskeistä ja yhteistyöhakuista työtä, jonka avulla lujitetaan perheiden omia lähtökohtia terveeseen elämään ennen kuin pulmia pääsee syntymään. Sekä suomalaisten että ulkomailla tehtyjen tutkimusten tulokset puoltavat varhaisen puuttumisen, moniammatillisen työn ja suunnattujen kotikäyntien lisäämistä. Niiden on todettu vähentävän lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmia, käyttäytymishäiriöitä ja syrjäytymistä sekä tuovan säästöjä yhteiskunnalle. Vanhempainryhmistä ja ryhmäneuvoloista on hyviä kokemuksia. Neuvolatoiminta on terveydenhuollon muihin kustannuksiin suhteutettuna erittäin halpaa. Esimerkiksi yhden lapsen koko lastenneuvolaiän seuranta maksaa 1000–2000 euroa riippuen vastaanottokäyntien, kotikäyntien ja valmennusryhmäkertojen määrästä. Lapsiin investoiminen on kannattavaa tulevaisuuteen investoimista.

2

Lastenneuvolan tavoitteet, tehtävät ja toimintaa ohjaavat periaatteet

2

Lastenneuvolan tavoitteet, tehtävät ja toimintaa ohjaavat periaatteet

Lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi 2000-luvulla on neuvolan käytettävissä uutta tietoa ja uusia työmenetelmiä, jotka mahdollistavat toiminnan edelleen kehittämisen ja suuntaamisen perheiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti. Tarvitaan työntekijöiden aktiivista, tutkivaa työtettä neuvoloiden toiminnan laadun kehittämiseksi ja turvaamiseksi. Seuraavat neuvolan tavoitteet, tehtävät ja toimintaperiaatteet perustuvat terveystieteisiin kannanottoihin, tutkimustuloksiin, käytännön kokemuksiin sekä eettisiin säädöksiin ja suosituksiin. Kuntien suositellaan konkretisoivan niitä omassa lapsipoliittisissa ohjelmissaan ja neuvolatoimintaa koskevissa toimintasuunnitelmissaan.

2.1 Tavoitteet ja tehtävät

Lastenneuvolan yleistavoite:

- lasten fyysinen ja psyykinen terveys sekä perheiden hyvinvointi paranevat varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä, jolloin perheiden väliset terveyserot kaventuvat,
- seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat paremmat kuin nykyisen.

Lastenneuvolan muita tavoitteita:

- jokainen lapsi saa riittävän huolenpidon ja tukea oman persoonallisuutensa kehittymiseen,
- lasten sairaudet, kehitystä ehkäisevät tekijät sekä perheen muut terveystulokset tunnistetaan varhain nykytiedon mahdollistamissa rajoissa,
- jokaisella vanhemmalla on mahdollisuus luoda lapseensa turvallinen, vastavuoroinen kiintymyssuhde jo varhain ja muodostaa myönteinen käsitys lapsesta ja itsestään vanhempana,
- vanhemmat huolehtivat parisuhteestaan ja vanhemmuudestaan siten, että he kykenevät pitämään huolta lapsestaan ja tukemaan tämän kehitystä. He tunnistavat omia voimavarojaan ja perhettä kuormittavia tekijöitä sekä ottavat vastuun lapsen ja perheen hyvinvoinnista,
- kaikki vanhemmat saavat halutessaan vertaistukea muilta vanhemmilta,

- perhe saa tukea terveyttä edistäville valinnoilleen,
- neuvolaa ja perhepalveluverkostoa ympäröivän yhteisön lapsi- ja perhemyönteisyys ja tuki lapsiperheille lisääntyvät,
- lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt vähenevät,
- perheiden terveyteen liittyvä tasa-arvo lisääntyy, kun varhaista tukea kohdennetaan rohkeasti sitä eniten tarvitseville asiakasperheille,
- vanhemmat osallistuvat aktiivisesti neuvolapalvelujen kehittämiseen.

Lastenneuvolan tehtävänä on:

Lapsen ja perheen tasolla

- mahdollistaa vanhemmille ajantasaisen ja tutkimukseen perustuvan tiedon saaminen lapseen, perheeseen ja näiden terveyden edistämiseen liittyvistä tekijöistä kullekin vanhemmalle soveltuvalla tavalla,
- mahdollistaa vanhemmille riittävästi tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen perheen toimivuuden vahvistamiseksi,
- tukea vanhempia turvalliseen lapsilähtöiseen ja turvallisen aikuisuuden sisältävään kasvatustapaan,
- seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä,
- antaa rokotusohjelman mukaiset rokotukset ja pitää yllä lasten rokotussuojaa,
- tunnistaa mahdollisimman ajoissa epäsuotuisan kehityksen merkit lapsessa, perheessä ja elinympäristössä sekä puuttua varhain terveyttä vaarantaviin tekijöihin,
- ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa muille asiantuntijoille tutkimuksiin tai hoitoon.

Terveyskeskuksen tasolla

- perehtyä vastualueeseensa kuuluviin perheisiin ja näiden elinoloihin,
- varmistaa vanhempien osallistuminen neuvolapalvelujen kehittämiseen ja vanhempien riittävän vertaistuen saanti,
- lisätä terveyden tasa-arvoa mm. kohdentamalla tukea tiedossa olevien ja tunnistettujen tarpeiden mukaisesti eniten tarvitseville perheille,
- osallistua pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten hoidon järjestämiseen ja koordinointiin,
- järjestää ja koordinoi neuvolan palvelut osana perhepalveluverkostoa siten, että turvataan perheiden saamien palvelujen jatkuvuus ja tarvittava moniammatillinen yhteistyö; tehdä tarvittaessa aloitteita toimintamallien luomiseksi moniongelmaisten perheiden auttamiseksi,

- seurata ja arvioida säännöllisesti neuvolatoiminnan tuloksia, toimintaprosesseja ja toimintaedellytyksiä,
- kehittää aktiivisesti neuvolapalveluja ja henkilökunnan ammattitaitoa pitämällä huolta uuden tiedon kanavoitumisesta neuvolatoimintaan.

Kunnan ja yhteiskunnan tasolla

- tuntee kunnan lapsiperheiden palvelut ja perheitä koskeva suunnittelu ja päätöksenteko sekä tarvittaessa vaikuttaa niihin,
- seurata yhteisön ja ympäristön turvallisuutta, lapsi- ja perhemyönteisyyttä sekä erilaisten tekijöiden vaikutusta perheiden terveyteen ja edistää lasten ja perheiden hyvinvoinnin huomioon ottamista.

2.2 Toimintaa ohjaavat periaatteet

Tähän julkaisuun on valittu eräitä keskeisiä lastenneuvolan toimintaa ohjaavia periaatteita, joista neuvolahenkilöstön toivotaan käyvän keskusteluja sekä pohtivan niiden sisältöä ja merkitystä omassa toiminnassaan. Lisäksi suositellaan, että vanhemmat saavat tietoa näistä periaatteista esimerkiksi heille jaettavassa lastenneuvolan esitteessä. Periaatteista on myös hyvä keskustella perheiden kanssa. Mitä tietoisempia neuvolan työntekijät ja neuvolapalvelujen käyttäjät ovat toiminnan taustalla olevista arvoista ja periaatteista, sitä johdonmukaisempia ja laadukkaampia voidaan neuvolapalveluista kehittää. Arvot ja periaatteet ovat laadun arvioinnin yksi lähtökohta. Osa periaatteista perustuu terveystieteisiin kannanottoihin ja säädöksiin, osa taas vanhempien useissa tutkimuksissa ilmaisemiin odotuksiin ja toivomuksiin. Joitakin perinteisiä, edelleen ajankohtaisia periaatteita, kuten neuvolatoiminnan vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta ei ole erikseen mainittu tässä yhteydessä.

Perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen toiminta

Lapsen etu. Neuvolan ensisijaisena tavoitteena on jokaisen lapsen mahdollisimman suotuisan kehityksen, terveyden ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tämä edellyttää lapsilähtöisyyttä neuvolan työskentelyssä. Tarvittaessa lapsen etu asetetaan vanhempien edun edelle.

Perhekeskeisyys. Lapsen paras ei yleensä voi toteutua ilman vanhempia, sillä lapsen hyvinvointi riippuu koko perheen hyvinvoinnista, erityisesti vanhempien parisuhteen ja vanhemmuuden laadusta. Siksi oppaassa kiinnitetään paljon huomiota sekä äidin että isän vanhemmuuden sekä jaksamisen ja osaamisen tukemiseen. Perhekeskeisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että äidit, isät ja lapset ovat neuvolan asiakkaita, joiden tieto ja taito oman perheensä asiantuntijoina on toiminnan lähtökohta. Perheen elämäntilanne, kulttuuritausta, tottumukset ja ympäristö otetaan

huomioon. Perheet ovat nykypäivänä hyvin moninaisia: nk. ydinperheiden lisäksi on yksinhuoltajaperheitä, uusperheitä ja kahden samaa sukupuolta olevan vanhemman perheitä.

Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys. Perheen elämäntilanne ja vanhempien ilmaisemat päällimmäiset tarpeet tai huolet otetaan kulloisenkin tapaamisen lähtökohdaksi. Asiakasta kuunnellaan aktiivisesti, ja toiminnassa vältetään kaavamaisia ratkaisuja. Tällainen toiminta edellyttää perheen riittävää tuntemista, tilanneherkkyyttä, vanhempien oikeuksien ja päätöksenteon kunnioittamista sekä luottamuksen hankkimista.

Vanhempien ja lasten kunnioittaminen ja tosiasioiden esille ottaminen. Vanhempien elämäntilanne ja ratkaisut eivät aina ole optimaalisia neuvolan ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Työntekijän ammattitaidon varassa on etsiä suhtautumis- ja toimintatapoja, jotka eivät lähtökohtaisesti syyllistä, moiti tai hylkää asiakasta tunnetasolla. Tärkeää on asiakkaan kuunteleminen, hienotunteisuus ja asiakkaan hyväksyminen ihmisenä, vaikka tämän toimintaa ei voisi hyväksyä sen epäsuotuisten seurauksien vuoksi. Koska lapsen etu on tärkein toimintaa ohjaava tekijä, neuvola-henkilökunta joutuu ottamaan esille myös vaikeita tai epämiellyttävältä tuntuvia asioita. Tällöinkin paras toimintatapa on suora ja avoin lähestyminen ja keskustelu asiasta. Se on helpointa silloin, kun perheeseen on ehditty tutustua ja rakentaa luottamusta.

Yhteisöllinen terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen. Terveyden edistämällä tässä yhteydessä tarkoitetaan toimintaa, joka lisää perheiden mahdollisuuksia vaikuttaa terveyteensä ja sen taustalla oleviin tekijöihin ja siten kohentaa perheen terveyttä. Neuvolassa kiinnitetään huomiota lapsen ja perheen terveen elämän edellytyksiin sekä vanhempien ja lasten taitoihin tehdä esimerkiksi terveyttä edistäviä elämäntapavalintoja. Terveyttä edistävien yhteisöjen luominen sekä moniammatillinen ja sektorienvälinen yhteistyö kuuluvat myös neuvolan työtapaan. Terveys ymmärretään moniulotteisena kokonaisuutena, johon kuuluvat niin fyysinen terveys kuin mielenterveys samoin kuin ihmisten väliset suhteet ja elämänhallinta.

Voimavaralähtöisyys. Neuvolassa kiinnitetään aktiivisesti huomiota vanhempien ja lasten voimavaroihin, niitä suojaaviin ja vahvistaviin tekijöihin sekä perhettä kuormittaviin tekijöihin. Voimavaretkijät edistävät lapsen tervettä kasvua ja kehitystä ja suojaavat kaikkia perheenjäseniä epäsuotuisilta vaikutuksilta. Lapsen kannalta voimavaretkijöitä ovat muun muassa huolenpito lapsesta, hyvä itsetunto, lapsilähtöinen kasvatusta sekä perheen sosiaaliset verkostot. Neuvola pyrkii vahvistamaan vanhempien kykyjä toimia oman perheen hyväksi. Voimavarojen vahvistaminen on eräs keino toteuttaa terveyttä edistävää toimintaa.

Ehkäisy ja varhainen puuttuminen. Neuvolan tehtäviin kuuluu osallistua lapsiperheitä koskevien ongelmien ehkäisyyn ja tunnistettujen ongelmien pahenemisen estämiseen. Pitkittäistutkimusten antaman tiedon

avulla pyritään aktiivisesti tunnistamaan syrjäytymisvaarassa olevia lapsia ja heidän perheitään ja puuttumaan pulmatilanteisiin mahdollisimman varhain.

Yhteisöllisyys ja vertaistuen hyödyntäminen. Neuvolan tehtävänä on edistää lapsiperheiden yhteenkuuluvuutta, perheiden keskinäistä yhteistyötä ja toistensa tukemista. Parhaimmillaan yhteisöllisyys ilmenee myös kollektiivisena vastuuna lapsista, jolloin lapsia suojellaan muun muassa kaupalliselta medialta ja liian suurilta vapauksilta. Neuvolan ja perhepalveluverkoston tehtävänä on vaikuttaa perheiden vertaistuen saantiin paikkakunnalla esimerkiksi organisoimalla perhevalmennusryhmien jälkeen jatkavia vertaisryhmiä. Neuvola voi kannustaa myös muita tahoja järjestämään vertaisryhmiä vanhemmille. Uusi teknologia tarjoaa yhden vaihtoehdon lisätä yhteisöllisyyttä, esimerkiksi verkossa käytävien keskustelujen kautta.

Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Tasa-arvon periaate ohjaa kohdentamaan neuvolan palveluja perheiden tarpeiden mukaan. Toiset perheet selviävät neuvolasta saamiensa peruspalvelujen ja varmistuksen varassa hyvin, toiset tarvitsevat hyvinkin intensiivistä tukea. Neuvolan tulee rohkeasti olla mukana tässä terveyseroja kaventavassa ja yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta lisäävässä työssä.

Moniammatillinen yhteistyö. Terveystoimijoiden ja lääkärin lisäksi hyvin toimivaan neuvolatyöryhmään tarvitaan moniammatillista osaamista. On keskeistä, että moniammatillisen työryhmän jäsenet jakavat samat arvot ja päämäärät, tapaavat toisiaan ja toimivat tilanteen mukaan yhdessä. Kuntatasolla on tärkeää muodostaa kokonaisnäkemys lapsiperheiden palveluja ohjaavista periaatteista ja linjauksista sekä huolehtia niiden samansuuntaisuudesta.

Neuvolatyön laatu ja vaikuttavuus

Neuvolassa käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Neuvolassa käytetään ensisijaisesti menetelmiä ja toimintatapoja, joiden terveyttä edistävästä ja ehkäisevästä vaikutuksesta on näyttöä. Lisäksi neuvolassa esitettävät tiedot, näkemykset ja ehdotukset pyritään perustelemaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon avulla. Uuden tiedon hyväksikäyttö edellyttää, että kehitetään mekanismeja uuden tiedon seuraamiseksi ja arvioimiseksi. Oppaassa olevat suositukset perustuvat tämänhetkiseen tietoon. Kun tieto muuttuu ajan myötä, suosituksia joudutaan tarkistamaan. Siksi kyseenalaistava ja uutta tietoa etsivä ote on tarpeen kaikille neuvolassa toimiville.

Neuvolatyön jatkuvuus ja pitkäjänteisyys. Neuvolan eräänä vahvuutena on sen mahdollisuus pitkäjänteiseen työhön. Pitkäjänteisellä työllä on tutkimusten mukaan mahdollista tukea monia perheitä vaikeissakin elämäntilanteissa. Siksi on tärkeää, että neuvolatoiminnan järjestämisessä pidetään huolta toiminnan jatkuvuudesta ja saumattomuudesta. Tämä on

sitä tärkeämpää, mitä enemmän, ja mitä vaikeampia pulmia perheessä on.

Laatu ja vaikuttavuus. Neuvolatoiminnan vaikuttavuuden osoittaminen ja lisääminen on neuvolatyötä tekevien ja sitä kehittävien yhteinen haaste. Neuvolatoiminnan vaikuttavuuden lisääminen edellyttää mm. näyttöön perustuvien menetelmien ja toimintatapojen käyttämistä, lapsi- ja perhekohtaisten tavoitteiden asettamista sekä neuvolatoiminnalla saavutetujen muutosten osoittamista. Neuvolatoiminnan säännölliseksi seuraamiseksi ja laadun arvioimiseksi on tarpeen kehittää ja ottaa käyttöön toimivia menettelytapoja.

Johdon tuki. Korkeatasoisen lastenneuvolatoiminnan edellytyksenä on suunnitelmallinen ja ammattitaitoinen johtaminen. Lisäksi on tärkeää, että neuvolatoiminnasta vastaavilla henkilöillä on riittävästi neuvolatoiminnan sisällön asiantuntemusta.

Kestävä kehitys. Lastenneuvola edistää sosiaalisesti, taloudellisesti, kulttuurisesti ja ekologisesti kestävästä kehitystä omassa toiminnassaan. Ehkäisevällä ja terveyttä edistävällä toiminnalla parannetaan uusien lapsikupolvien mahdollisuuksia antoisaan ja terveeseen elämään.

3

Moniammatillista yhteistyötä lapsiperheiden hyväksi

3

MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ LAPSIPERHEIDEN HYVÄKSI

3.1 Valtakunnalliset ohjelmat yhteistyön lähtökohtana

YK:n lapsen oikeuksien sopimus linjaa maailmanlaajuisesti lapsen asemaa ja oikeuksia. Yhteisenä tavoitteena on tehdä maailmasta sopiva paikka lapsille. Suomessa keskeisiä 2000-luvun valtakunnallisia ohjelmia, jotka antavat yhteisen arvoperustan moniammatilliselle yhteistyölle osana lastenneuvoloiden kehittämistä, ovat Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Sosiaalialan kehittämishanke, Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma sekä valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Mielenterveyspalveluiden ja kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa esitetyt periaatteet tähtäävät kuntalaisten laaja-alaiseen hyvinvointiin.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta lapsia koskevaksi tavoitteeksi on asetettu: "Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi". "Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat". Kuntien toiminnassa haasteena ja suositeltavana toimintasuuntana pidetään mm. terveyden edistämistä, seurantaa ja arviointia osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Lasten terveyden osalta ohjelmassa korostetaan eri tahojen yhteistyötä ja terveyttä edistävää roolia, syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemista sekä lasten psykososiaalista hyvinvointia ja sen seurantaa.

Kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi kiinnitetään huomiota ehkäisevän työn järjestelmällisyyteen ja kattavuuteen sekä äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämiseen osana toimivia perusterveydenhuollon lähipalveluja. Sosiaalialan kehittämissuunnitelmassa ehdotetaan ennaltaehkäisevän toiminnan ja sosiaalipalvelujen uudistamista siten, että ne tukevat ihmisten hyvinvoinnin kehittymistä ja vähentävät syrjäytymistä ja sosiaalisten ongelmien syntymistä. Lapsiperheiden palveluja kehitetään sosiaali- ja terveyssektorin yhteistyönä.

Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma "Eläköön lapset – lapsipoliitiikan suunta" toimii esimerkkinä ja keskustelun käynnistäjänä kunnissa, joista monissa on laadittu omia lapsipoliittisia ohjelmia. Ohjelman visioissa

lapsuus ja nuoruus ovat turvallisia ja terveyttä edistäviä elämänvaiheita. Lapsuuden voimavaroista lapsen eri kehitysvaiheissa ja perheen elämäntilanteissa on huolehdittu. Lapsella on mahdollisuus toimia aktiivisena osallistuvana kuntalaisena ja toteuttaa omaa erityislaatuistaan.

Varhaiskasvatuksen valtakunnallisissa linjauksissa korostetaan muun muassa lapsen oikeuksia, vanhempien kasvatusvastuuta, varhaiskasvatuksen tehtävää lapsen suotuisan kasvun ja kehityksen tukemisessa sekä varhaiskasvatuksen henkilöstön yhteistyötä muun sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti lastenneuvolan kanssa.

Edellä mainittujen ohjelmien linjausten mukaisesti pyritään lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja lapsiperheille suunnattujen palvelujen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Molempia voidaan kunnissa toteuttaa siten, että lapsen etu ja lapsilähtöinen, tasa-arvoa edistävä näkökulma ohjaa toimintaa. Laaja-alainen ja kokonaisvaltainen ote edellyttää, että on olemassa säännöllisesti toimiva, hyvin organisoitu ja riittävän selkeästi vastuutettu yhteistyöryhmä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta. 2000. Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus. 2004. Oppaita 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Lapsen oikeuksien sopimus. 1989. Yhdistyneet kansakunnat. Saatavissa internetistä www.unicef.fi/tietoa/toiminnasta/lastenoikeuksien_sopimus/shtml 15.4.2004.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Oppaita 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. 2003. Esitteitä 5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2002. Esitteitä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. 2002. Julkaisuja 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. 2002. Julkaisuja 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

3.2 Lapsiperhetyön tiivistäminen kunnan perhepalveluverkostossa

Joillakin paikkakunnilla on jo aloitettu lapsiperheille tarkoitettujen palvelujen kokoaminen yhteen tai tiivistetty lapsiperhetyötä tekevien yhteistyötä. Usein mukaan on kytketty vapaaehtoistoimintaa. Tämän kehityksen edistämiseksi ehdotetaan, että kunnissa keskusteltaisiin mahdollisuuksista koota lapsille suunnatut hyvinvointipalvelut perhe-

palveluverkostoksi (Liite 2). Tällöin suunnitelmallinen yhteistyö ja konsultaatiot helpottuisivat. Toiminnan kannalta palvelut voidaan järjestää fyysisenä kokonaisuutena tai toiminnallisena perhepalveluverkostona. Joillakin paikkakunnilla toimivat keskuslastenneuvolat tai lastentalot ovat esimerkkejä tällaisista fyysisistä kokonaisuuksista, joissa voi palvelujen lisäksi olla tilaa vanhempainryhmille, järjestöille, harrastus- ja perhekahvilatoiminnalle. Suositeltavaa on lisätä kunnallisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä ja parantaa perheiden vaikutusmahdollisuuksia. Tässä tarkastellaan perhepalveluverkostoa alle kouluikäisten lasten perheiden palvelujen järjestämisen osalta.

Perhepalveluverkostossa toimii lääkäri, terveydenhoitaja, perhetyöntekijä, psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti ja tarvittaessa muita erityistyöntekijöitä. Verkostossa toimii paikallisten olosuhteiden mukaan myös muita lapsiperheiden kanssa työskenteleviä ammattilaisia kuten päivähoiton henkilöstö, kasvatus- ja perheneuvolan työntekijät, sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, hammaslääkäri ja/tai suuhygienisti. Perhepalveluverkoston kokoonpano voi vaihdella kuntakohtaisesti, paikallisten olosuhteiden ja tarpeiden mukaan. Jonkinasteinen edustus kaikista sosiaali- ja terveystoimen lapsiperheille tarkoitetuista palveluista tulisi verkostossa kuitenkin olla, ennen kuin voidaan puhua perhepalveluverkostosta tässä tarkoitettussa merkityksessä. Liitteessä 2 on kuvattu perhepalveluverkoston kokoonpanoa. Perhepalveluverkoston eri toimijoiden työnjaosta ja vastuista sopiminen on edellytys yhteistyön onnistumiselle.

Hallinnollisesti perhepalveluverkosto voi olla yhtenäinen tai eri hallintokuntien edustajista koostuva. Eri kunnissa ja seutukunnissa on erilaiset olosuhteet ja perusteet erilaisille hallinnollisille ratkaisuille. Tässä ei esitetä kannanottoa hallinnollisen järjestämisen osalta. Verkoston toiminta-ajatuksena on yhteistyön helpottuminen ja palveluiden helpompi saatavuus. Tärkeää on kuitenkin huolehtia yhteistyöstä terveyskeskuksen johdon kanssa ja yhteyksistä kunnan toimivaan johtoon. Kunnassa on tärkeä sopia vastuutahosta, joka ylläpitää ja johtaa itse verkostoa ja sen kehittymistä.

Moniammatillinen tiimityö ja verkostotyö eivät suju itsestään, vaan siihen tarvitaan motivaatiota, tietoa, yhteistyömenetelmiä ja pitkäjänteistä harjaantumista. Tiimityötä edistää muun muassa yhteisistä tavoitteista tai yhteisestä kohteesta sopiminen sekä toisten työn riittävä tuntemus. Eri työntekijäryhmien erilaiset lähtökohdat, toimintakulttuuri ja ammattikieli luovat helposti jännitteitä. Verkostotyön kehittymistä auttaa, jos on valmiuksia arvioida ensisijaisesti omaa roolia ja tehtäviä ja keskustella niistä verkoston muiden jäsenten kanssa. Yhteinen verkostotyön menetelmäkoulutus edistää luontevasti verkostotyötä. Jotta salassapitovelvollisuuden noudattamisesta ei muodostuisi yhteistyön estettä, on kaikkien tunnettava asiaan liittyvät säännökset ja sovittava asianmukaisista menettelytavoista (ks. luku 3.8, liite 3).

SUOSITUS:

Kunnassa tai alueella käynnistetään suunnittelu siitä, miten lapsiperheille tarkoitettuja palveluja kootaan nk. perhepalveluverkoston. Tässä yhteydessä määritellään keskeiset vastuutahot, toimijat ja suhde kunnan hyvinvointipoliittikkaan. Perhepalveluverkoston toiminta-ajatuksena on lapsiperheiden kanssa työskentelevien yhteistyön kehittäminen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Arnkil TE, Erikson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253, Helsinki, Stakes.

3.3 Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu ja seuranta

Suosittelaaan, että jokaiselle *paikka- tai seutukunnalle* harkitaan perustettavaksi lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmä, mikäli vastaavaa elintä ei ennestään ole. Seurantaryhmän toimenkuva voidaan rakentaa laaja-alaisesti lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan ja edistämiseen, tai kapea-alaisemmin palvelujen seurannan ja suunnittelun yhteistyöelimeksi. On suositeltavaa, että ryhmän toimialue käsittää myös kouluikäisten lasten perheet. Toiminnallisesti ja hallinnollisesti sopiva väestöpohja yhtä seurantaryhmää ajatellen on noin 20 000–30 000 asukasta (vrt. Kansallinen terveydenhuoltohanke). Ryhmään on hyvä kuulua edustajat terveystoimesta, neuvolasta (neuvolatyöstä vastaava lääkäri ja terveydenhoitaja), päivähoidosta, sosiaalihuollosta, perheneuvolasta, suun terveydenhuollosta, mielenterveys- ja päihdepalveluista, koulujen hyvinvointipalveluista, seurakunnasta tai kirkon perheasiain neuvottelukeskuksesta, poliisista, järjestö- ja mahdollisesti elinkeinosektorista, ammattikorkeakoulusta, yliopistosta ym. sen mukaan, mikä kullakin paikkakunnalla on mahdollista ja asianmukaista. Lapsiperheiden edustajan mukaan saaminen ryhmään on tärkeää.

Moniammatillinen yhteistyö onnistuu tehokkaasti, kun pelisäännöistä ja työmuodoista on yhteisesti sovittu. Tähän tarvitaan suunnitelmallisuutta ja säännönmukaisia tapaamisia eri toimijoiden ja eri toiminnoista vastaavien kesken. Yhteistyön lähtökohdaksi sopii parhaiten kunnan oma *lapsipoliittinen ohjelma* tai kunnan *hyvinvointipoliittisen ohjelman* osio, jossa on sovittu lapsiperheiden tukemisesta ja terveyden edistämisestä paikkakunnalla. Lapsi- tai hyvinvointipoliittinen ohjelma yhdistää sosiaali- ja terveystoimeen eri toimijat kuten liikunta- nuoriso- ja opetustoimen, kaavoituksen, liikennejärjestelyt, seurakunnan ja mahdolliset vapaaehtoistoimijat. Ohjelman hyödyn arvioimiseksi sen toteutumista on tarpeen seurata. Ohjelman puuttuminen ei kuitenkaan ole este yhteistyön organisoimiselle.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantar ryhmän tehtävänä olisi suunnitella ja kehittää eri toimijoiden yhteistyötä, seurata lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin ja lapsipoliittisen ohjelman toteutumista, erityisesti hyvinvointipalvelujen osalta, sekä tehdä ehdotuksia lapsiperheiden hyvinvoinnin edellytysten turvaamiseksi. Tavoitteena on edistää laaja-alaisesti lasten ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia. Ryhmä muodostaisi kokonaiskuvan lapsiperheille suunnatuista palveluista ja niiden tarpeesta (joillakin paikkakunnilla on kartoitettu esim. erityislasten lukumäärän avulla), mikä helpottaisi sekä palvelujen kehittämistä, tarkoituksenmukaista käyttöä että päällekkäisyyksien välttämistä. Seurantar ryhmä voisi myös huolehtia paikkakunnalla järjestettävän vanhempien ohjatun vertaisryhmätoiminnan edellytyksistä.

Ryhmä voi seurata palvelujen toimivuutta kokonaisuutena ja eri palveluiden niveltymistä toisiinsa sekä suunnitella ja kehittää eri toimijoiden yhteistyötä. Yksi esimerkki tällaisesta yhteistyöstä on päivähoidon ja lastenneuvolan yhteistyö lasten kehitysseurannan, vanhempien kasvatustuen ja päivähoidon infektioiden ehkäisyn alueella. Toinen esimerkki alueesta, jolla yhteistyö on syytä sopia ja toteuttaa järjestelmällisesti, on esikouluun ja kouluun siirtyminen ja erityisesti tuen tarpeessa olevien lasten osalta tuen saumaton jatkuminen. Seurantar ryhmä voi kannanotoillaan ja ehdotuksillaan myös vaikuttaa työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen paikallisiin edellytyksiin sekä kaavoitus- ja liikenne- ja ratkaisuihin. Lisäksi jo toimintojen suunnitteluvaiheessa voidaan lapsiperheiden asialla olevia järjestöjä pyytää antamaan lausuntonsa kehiteltävään asiaan. Lausunnoilla voi olla suuri vaikutus perheiden yhdessäoloon, sosiaaliseen, fyysiseen ja kulttuuriseen ympäristöön, samoin kuin harrastus- ja liikuntamahdollisuuksiin. Perheiden, lasten ja nuorten terveyden edistämisen kannalta näillä ratkaisuilla on merkittäviä ja kauaskantoisia vaikutuksia.

Yhteistyörakenteista on hyötyä kunnille ja lapsiperheille. Niiden avulla voidaan tehostaa palveluiden taloudellista ja tarkoituksenmukaista käyttöä, välttää päällekkäistä työtä, suunnata resursseja väestön muuttuvien tarpeiden mukaan ja suunnitella eri yksiköiden yhteistyötä sujuvammaksi. Yhteistyörakenteet helpottavat ja parantavat tiedonkulkua mm. seurakuntien ja kolmannen sektorin kanssa. Ne tehostavat myös lapsiperheiden tarvitsemien ostopalvelujen käytön suunnittelua. Tällaisia ovat mm. tutkimus-, kuntoutus-, päihde- ja lastensuojelupalvelut, joiden tuntemus ja käyttö on usein pirstaloitunut kunnan eri virkamiesten vastuualueille.

SUOSITUS:

Kunnassa tai seutukunnan alueella on toimiva lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantar ryhmä, jolla on seuranta- ja raportointivastuu kunnan virka- ja luottamusmiessjohdolle.

3.4 Lastenneuvolan henkilöstö ja mitoitus

Lastenneuvolan keskeisiä työntekijöitä ovat terveydenhoitaja ja lääkäri, jotka muodostavat neuvolatoiminnan ydintyöparin. He toimivat kiinteässä yhteistyössä keskenään ja muiden lapsiperhetyötä tekevien kanssa. Muita keskeisiä työntekijöitä ovat perhetyöntekijä ja erityistyöntekijät. Henkilöstön riittävä määrä on toimivan neuvolan tärkeä edellytys.

3.4.1 Terveydenhoitaja

Lastenneuvolan keskeisin voimavara on terveydenhoitaja. Hän on terveyden edistämisen ja perhehoitotyön asiantuntija neuvolatyössä ja vastaa toiminnan hoitotieteellisestä tasosta. Terveydenhoitaja tuntee oman alueensa, sen väestön ja siihen kuuluvat perheet, sillä hän tapaa perhettä kussakin lastenneuvolassa noudatetun työkäytännön ja perheiden tarpeiden pohjalta noin 16–20 kertaa ennen lapsen kouluun menoa. Osa tapaamisista on kotikäyntejä. Terveydenhoitaja pystyy muodostamaan kokonaisnäkömyksen asiakaskunnastaan, seuraamaan siinä tapahtuvia muutoksia ja hyödyntämään lapsiperheille tarkoitettuja palveluja kunnassa. Terveydenhoitajan työn yhteisöllisyyteen kuuluu myös tiedon välittäminen perheiden tilanteesta alueellaan ja aloitteiden tekeminen.

Terveydenhoitaja vastaa lapsen terveen kasvun ja kehityksen seurannasta. Hänen tehtäviinsä kuuluvat myös seulontatutkimukset ja rokotukset. Terveydenhoitajan työote on perhekeskeinen ja voimavaralähtöinen ja näin koko perheen terveyttä edistävä. Työhön sisältyy vanhemmuuden, parisuhteen ja muiden perheen voimavarojen vahvistaminen (mm. kasvatuseuvonta, perheen elin- ja elämäntapojen tarkastelu yhdessä perheen kanssa) ja asiakaslähtöinen terveysneuvonta monipuolisilla ja yksilöllisillä menetelmillä. Terveydenhoitaja antaa asiantuntemuksensa perheen käyttöön ja työskentelee perheen kanssa kumppanuuden ja luottamuksen hengessä lapsen ja koko perheen terveyden edellytysten lujittamiseksi. Terveydenhoitaja laatii lapsen ja perheen terveysseurannan kokonaissuunnitelman yhdessä perheen kanssa ja sopii, miten sitä tarkistetaan ja arvioidaan.

Terveydenhoitaja arvioi yhdessä perheen kanssa, tarvitaanko lapsen terveyden ja hyvinvoinnin tai perheen muuttuvien tilanteiden vuoksi muiden työntekijöiden tutkimuksia tai tukea neuvolan perusseurannan ohella. Lapsen ja perheen tuen tarpeen varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen ovat terveydenhoitajan avaintehtäviä. Terveydenhoitajan vastuulla on arvioida, aiheuttaako joku hänen seurannassaan esille tullut lapsen kasvuun, kehitykseen tai käyttäytymiseen liittyvä huoli jatkotutkimuksia tai -toimenpiteitä. Ongelmatilanteissa terveydenhoitajalla tulee olla mahdollisuus neuvotella työryhmänsä kanssa. Erityistukea tarvitsevaa perhettä auttaa terveydenhoitajan yhteistyöhakuisuus ja muiden asiantuntemuksen käyttäminen lähtökohtana lapsen etu ja perheen tukeminen.

Jos lapsi käyttää muita terveys- tai sosiaalipalveluja, terveydenhoitajan asiantuntijarooliin kuuluu neuvotella perheen kanssa lapsen ja perheen tarvitsemien palvelujen koordinoinnista ja jatkuvuudesta. Terveydenhoitaja pitää osaltaan huolta siitä, että perheelle on nimetty vastuuhenkilö. Kokonaisuudesta ja jatkuvuudesta huolehtiminen edellyttää muun muassa, että saman perheen kaikki alle kouluikäiset lapset ovat saman terveydenhoitajan seurannassa, ja että terveydenhoitaja on perheen helposti tavoitettavissa.

Terveydenhoitaja tekee kotikäyntejä ja vastaa siitä, että perheellä on halutessaan mahdollisuus vertaisryhmän tukeen. Terveydenhoitajan rooliin kuuluu pienryhmätoiminnan suunnitteleminen ja ryhmien vetäminen itsenäisesti tai yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Mikäli neuvolassa toimii perhetyöntekijä, voidaan ryhmätoiminnan järjestäminen jakaa perhetyöntekijän ja terveydenhoitajien kanssa. Jos terveydenhoitaja ei itse pidä ryhmiä, hän huolehtii ryhmätoiminnasta tiedottamisesta ja on selvillä ryhmäkokoonantumisten asiasisällöistä.

Väestövastuujärjestelmässä suositellaan terveydenhoitajan huolehtimien sektorien rajoittamista esimerkiksi yhdistettyyn äitiysneuvola- ja lastenneuvolatyöhön tai lastenneuvola- ja koulutyöhön. Tämä edistää terveydenhoitajan jaksamista ja ammattitaidon ylläpitoa. Mikäli terveydenhoitaja huolehtii useammasta sektorista, korostuu johdon vastuu toiminnan ajanmukaisuudesta ja riittävästä jatkokoulutuksesta.

SUOSITUS:

Terveydenhoitaja on lastenneuvolan keskeisin toimija. Hän vastaa oman alueensa lapsiperheiden terveyden edistämisen ensiasteen asiantuntijuudesta sekä neuvolatoimintaa koskevan hoitotyön tasosta ja ajanmukaisuudesta. Terveydenhoitaja kehittää edelleen rooliaan perhehoitotyön palvelun antajana ja koordinoijana sekä lapsiperheiden yhteisöllisyyden lujittajana.

3.4.2 Lastenneuvolan lääkäri

Neuvolatyöryhmän lääkäri on terveydenhoitajan lisäksi ainoa ammattilainen, joka henkilökohtaisesti tapaa jokaisen lapsen ja tämän perheen. Siksi myös lääkärin työpanos perheen yksilöllisessä kohtaamisessa on keskeisen tärkeä neuvolatyön onnistumiselle. Lääkäri osallistuu lapsen terveyden ja kasvun seurantaan. Hän vastaa sairauksien ja kehityksen poikkeavuuksien seulonnasta ja usein myös terveydenhoitajien tekemien kehityspoikkeaminen tulkinnasta (riippuen miten paikallisesti on sovittu) sekä suunnittelee jatkotoimenpiteet yhdessä perheen kanssa. Määräaikaistarkastuksissa perhe ja lääkäri tutustuvat toisiinsa. Samalla rakentuu luottamus, jota tarvitaan, mikäli lapsella tai perheessä ilmenee ongelmia.

Määräaikaistarkastusten lisäksi perheillä tulee olla mahdollisuus varata lääkäriltä aika silloin, kun siihen on jokin erityinen syy. Tällaisia ovat imeväisikäisen oireet kuten ihottumat ja ärtyneisyys tai lapsen kehitykseen ja käyttäytymiseen liittyvät pulmat. On perheiden edun mukaista, että lääkäri huolehtii sairauksien seulonnan lisäksi omalta osaltaan perheiden tukemisesta, yksilöllisestä terveyden edistämisestä ja terveystarkastuksesta. Lääkäri osallistuu myös neuvolapalvelujen suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön.

Lääkärin ja terveydenhoitajan hyvä yhteistyö ja selkeä työnjako lisäävät neuvolapalvelujen laatua. Yhteistyön avoimuuden ja mutkattomuuden edistämiseksi lääkärin ja terveydenhoitajan on hyvä sopia määräaikaistarkastusten työnjaosta sekä varata riittävästi aikaa keskustelua ja konsulttaatiota varten. Tällöin lääkärin on mahdollista yhdessä terveydenhoitajan kanssa pohtia myös niitä pulmatilanteita, joihin ei tarvita muiden alojen ammattilaisia. Lääkärin hyvä motivaatio, riittävät tiedot ja muut valmiudet neuvolatyöhön edistävät neuvolan toimintaa ja ovat palkitsevia myös lääkärille itselleen.

Neuvolatoiminnalla tulee olla nimetty vastuulääkäri. Hänen tehtävänsä on vastata neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta. Jos lastenneuvolassa työskentelee useita lääkäreitä, vastuulääkärin tehtävänä on uusien lääkäreiden perehdytys ja näiden täydennyskoulutuksen varmistaminen. Vastuulääkäri tai hänen valtuuttamansa lääkäri osallistuu myös moniammatillisiin yhteistyöryhmiin. Lastenneuvolan vastuulääkärin tulee itse tehdä lastenneuvolatyötä, jotta hän osaisi arvioida ajankohtaisia kehitystarpeita.

Jotta pitkäaikaisesti tai paljon sairastavien lasten hoito onnistuisi perusterveydenhuollossa hyvin, neuvolan vastuulääkärin tulee sopia työnjaosta väestövastuulääkäreiden kanssa. Mikäli neuvolalääkäri on hyvin perehtynyt lastentauteihin, voi olla tarkoituksenmukaista järjestää joidenkin pitkäaikais sairauksien hoito- ja seurantakäyntejä neuvolaan. (Ks. myös luku 15.6 Allergiat ja astma.) Mikäli toimitaan väestövastuujärjestelmässä, voi olla tarkoituksenmukaista järjestää työ ainakin osittain sektoroidusti siten, että tietyt lääkärit keskittyvät lastenneuvolatyöhön. (Ks. myös luku 3.4.5 Henkilökunnan mitoitus.)

SUOSITUS:

Jokaisessa lastenneuvolassa on nimetty vastuulääkäri, jonka tehtävänä on vastata neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta.

3.4.3 Perhetyö ja perhetyöntekijä

Lastenneuvolatyössä kohdataan usein perheitä, joiden tilanne ja lasten käyttäytyminen antavat aihetta huoleen. Aina huolenaihe ei ole riittävän vakava tai riittävän selkeästi muotoiltavissa, jotta esimerkiksi yhteydenotto lastensuojeluviranomaisiin tai ohjaus mielenterveyden tai päihdehoidon ammattilaisille tulisi kysymykseen. Näissä tilanteissa perhetilanteen tarkempi selvittäminen jo varhain sekä lastenneuvolasta luontevasti ja matalalla kynnyksellä järjestyvä tuki ja keskusteluapu perheen kotona on paras ja nopein vaihtoehto.

Neuvolaan ehdotetaan lisättäväksi perhetyön osaamista. Tämä on mahdollista 1) lisäämällä terveydenhoitajien osaamista täydennyskoulutuksen avulla, 2) sisällyttämällä perhetyöntekijä neuvolan henkilöstöön, tai 3) täydentämällä neuvolatyöryhmää tai perhepalveluverkostoa sosiaalitoimen perhetyöntekijällä.

Perhetyön kytkemisestä läheiseen yhteistyöhön lastenneuvoloiden ja päiväkotien kanssa on hyviä kokemuksia. Tällöin kysymys on ehkäisvästä työstä, sillä sosiaalinen tai mielenterveydellinen riski on olemassa. Esimerkiksi Hakunilan neuvolassa Vantaalla on kokeiltu hyvin tuloksin perhetyöntekijän toimintaa osana neuvolan antamia palveluja. Asiakkaat ohjautuvat perhetyön piiriin ensisijaisesti neuvolan kautta. Terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä toimivat aina työparina. Kunnan palvelujen joustavaa järjestämistä voi edistää, jos perhetyöntekijä toimii osa-aikaisesti paitsi lastenneuvolassa, myös päiväkodissa ja/tai lastensuojelussa.

Lastenneuvolan tai perhepalveluverkoston perhetyöntekijän tehtävänä on tukea ja edistää erityistä tukea tarvitsevien perheiden elämänhallintaa tilanteissa, joissa perhetilanteen selvittely ja perheen tukeminen edellyttävät toistuvia ja riittävän pitkäkestoisia kotikäyntejä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi itkuisen vauvan äidin väsymys, äidin lievä masennus, yksinhuoltajan tai hyvin nuorten vanhempien epävarmuus, lapsen levottomuus tai poikkeava uhmakkuus ja maahanmuuttajaperheiden tilanne. Luonnollisesti lapsen oireilun sairausperäiset syyt on selvitetty. Tehtäväalueeseen kuuluvat myös vanhempien tukeminen, lasten hoidon ja kasvatuksen tukeminen sekä apu silloin, kun pulmana on yksittäisen perheenjäsenen sairaus tai sen vaikutus perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Lisäksi perheen toimintakyky tai vanhempien kyky sopeutua perhe-elämän haasteisiin ja uusiin elämäntilanteisiin voivat aiheuttaa avun tarvetta.

Perhetyöntekijän tulee kyetä erittelemään ja arvioimaan perheen kokonaistilannetta yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Perhetyöntekijä voi auttaa perheitä perheen läheis- ja palveluverkostojen hyödyntämisessä ja kokoamisessa. Hän tuntee hyvin kuntansa lastensuojelutyön sekä aikuisten päihde-, mielenterveys-, perheterapia- ym. palveluiden mahdollisuudet ja kykenee toimimaan yhteistyössä näiden tahojen kanssa. Erityisesti on syytä huolehtia lastenneuvolan perhetyöntekijän ja lastensuojelun tiiviistä yhteistyöstä. Perhetyöntekijän

toimiessa vaativammissa ongelmatilanteissa kuten parisuhde-, päihde-, väkivalta- ja mielenterveysongelmissa, tarvitaan lähes aina työparia. Työparina voi olla terveydenhoitajan lisäksi psykologi tai sosiaalityöntekijä. Perhetyöntekijällä tulee olla tiivis yhteistyö ja esteetön konsultaatiomahdollisuus myös suhteessa neuvolalääkäriin. Perhetyöntekijän työmuotoja kotikäyntien lisäksi ovat keskustelutyö yksin tai työparina neuvolassa ja ryhmätilaisuuksissa.

Suunnitelmallisen, perheen kotiin viedyn avun vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä. Tutkimuksissa tuen kustannusvaikuttavuus on ollut hyvä. Tuen avulla on arvioitu vältettävän 4–6 kertaa tehtyjä investointeja suuremmat kustannukset. (Häggman-Laitila ym. 2001.)

Perhetyöntekijöinä toimii tällä hetkellä eri tasoisen koulutuksen saaneita ammattihenkilöitä. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön (mukaan lukien perhetyöntekijä) kelpoisuusvaatimuksia koskevaa lainsäädäntöä uusitaan vuonna 2004. Koulutustaustasta riippuen perhetyöntekijä tarvitsee täydennys- tai jatkokoulutusta lastenneuvolatyöhön 20–40 opintoviikkoa.

SUOSITUS:

Lastenneuvolassa tai perhepalveluverkostossa on perhetyöntekijöitä, joilla on myös sosiaalialan osaamista. He toimivat terveydenhoitajien työpareina tukea tarvitsevilla perheillä. Paikallisten olosuhteiden mukaan perhetyöntekijä voi toimia myös päivähoidon ja koulun yhteistyökumppanina.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Heino T, Berg K & Hurtig J. 2000. Perhetyön ilo ja hämmennys, lastensuojelun perhetyömuotojen esittelyä ja jäsenyyksiä. Aiheita 14, Stakes, Helsinki.
- Häggman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I (toim.). 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin perhetyöstä. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki. *Kuvaus perhetyöntekijöiden työskentelystä yksittäisten perheiden kanssa.*
- Kalland M & Maliniemi-Piispanen S. 1999. Vauvan kiikku. Kuvaus kokeilevasta vauvaperhetyöstä. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö, Helsinki.

3.4.4 Erityistyöntekijät

Neuvolan moniammatillisessa työryhmässä työskentelee myös psykologeja, puheterapeutteja, fysioterapeutteja, ravitsemusterapeutteja ja suun terveydenhuollon henkilöstöä. Vaikka nämä ryhmät eivät yleensä hallinnollisesti kuulu neuvolahenkilökuntaan, käsitellään heidän toimintaansa lyhyesti tässä luvussa. Kunnan tulee huolehtia neuvolan mahdollisuuksista konsultoida näitä ryhmiä.

Psykologin toimenkuvaan kuuluu muun muassa kehitystutkimusten tekeminen, lausuntojen laatiminen perheen kokonaistilanteesta, kasva-

tusneuvonta sekä psyykkisten häiriöiden ensiarviointi. Usein psykologi osallistuu mielenterveyttä edistävän ehkäisevän toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Psykologi tekee runsaasti yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Hän voi koulutus- ja kokemustaustaan riippuen ohjata päiväkotien ja muiden lasten kuntoutukseen osallistuvien työtä ja suunnitella toimintaa heidän kanssaan sekä antaa työnohjausta. Joissakin kunnissa hän ohjaa erilaisia ryhmiä.

Ihannetapauksessa neuvolassa työskentelee oma psykologi. Pienillä paikkakunnilla neuvolapsykologin tehtävät ovat kuitenkin vain osa terveyskeskuspsykologin työstä. Hyvin pienissä kunnissa psykologin palvelut voidaan jopa hoitaa yhteistyönä lähikuntien kesken. Palvelut voidaan joissakin tapauksissa hankkia myös konsultaatioapuna perheneuvolasta. On tärkeää että neuvolapsykologille tuleminen on helppoa, yksinkertaista ja luottamuksellista.

Puheterapeutin tehtävänä neuvolassa on kehittää, suunnitella ja toteuttaa puheterapiapalvelut terveyskeskuksen luottamusjohdon päättämässä laajuudessa. Puheterapeutti suunnittelee järjestelmän, jolla riskiryhmiin kuuluvat lapset löydetään ja ohjataan puheterapeutin arvioitavaksi luotettavasti ja oikeaan aikaan. Riskiryhmiin kuuluvat lapset, joilla on häiriöitä esimerkiksi varhaisen vuorovaikutuksen, oraalimotoriikan, puheen, kielen tai kommunikaation alueella. Toiminnalla on vahva ehkäisevän työn luonne.

Puheterapeutille ei ole lähetepakkoa. Puheterapeutti on moniammatillisessa työyhteisössä oman alansa asiantuntija ja kouluttaja. Puheterapeutti perehdyttää terveydenhoitajan ja päivähoidon henkilökunnan tarvittavien välineiden, mm. seulontavälineiden, käyttöön. Käytettävä seulontamateriaali valitaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa.

Mikäli terveyskeskus ostaa puheterapeutista kuntoutusta, virkapuheterapeutti on ammatillinen vastuuhenkilö suhteessa ammatinharjoittajaan. Jos terveyskeskuksessa ei ole lainkaan puheterapeuttia, tulee muulla tavoin varmistua lasten puheterapiatarpeen asianmukaisesta arvioinnista, esimerkiksi luomalla lähetekäytäntö keskussairaalan puheterapeuttien vastaanotolle.

Fysioterapeutin tehtävänä työryhmässä on toimia asiantuntijana lasten motoristen ongelmien, tuki-, liikunta- ja hengityselinongelmien tutkimuksessa ja hoidossa, liikuntaan ohjaamisessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten kuntoutuksen varhaisvaiheissa. Fysioterapeutin konsultointi on tärkeää aina, jos neuvolaikäisellä lapsella on esimerkiksi viivettä tai poikkeavuutta motorisessa kehityksessä, asentoepäsymmetriaa, raajojen tai selän virheasentoja tai toimintavajautta.

Fysioterapialla lastenneuvolassa pyritään liikunta- ja toimintakykyä haittaavien ongelmien varhaiseen toteamiseen ja kuntouttamiseen, jotta liikunta- ja toimintakyvyn rajoitukset jäisivät mahdollisimman vähäisiksi. Lapsen toimintakykyä edistetään apuvälineillä ja kodin muutostöillä. Fy-

sioterapian tavoitteena on antaa lapselle onnistumisen kokemuksia rajoitteista huolimatta ja tukea perheiden kasvatustyötä. Ehkäisevän toiminnan osuus fysioterapeutin työssä lisääntyy. Vähentynyt arkiliikunta ja ylipainon uhka niistä seuraavine kansansairauksineen ovat kasvavia ongelmia, joiden ratkaisemisessa liikunnan hyöty on osoitettu. Liikuntaneuvonta ja lasten liikunnallisten valmiuksien harjaannuttaminen ennen kouluikää voivat parantaa motorisesti heikkojen lasten kykyä osallistua myöhemmin koululiikuntaan ja liikunnalliseen harrastustoimintaan. Neuvolaikäisten fysioterapia edellyttää fysioterapeutilta perehtyneisyyttä normaaliin ja poikkeavaan motoriseen kehitykseen sekä lasten ortopedisiin ongelmiin, mutta myös laaja-alaista työtettä, perhekeskeyttä ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemista lapsen ja vanhemman välillä.

Ravitsemusterapeutti osallistuu neuvolan ravitsemusneuvonnan ja -ohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen. Ravitsemusterapeutilta saa lisäksi yksilöllistä ohjausta erityisruokavalioiden toteutuksessa ja muissa ruokailuun liittyvissä asioissa. Näitä voivat olla ylipaino, maito-, vilja- ja muut laaja-alaiset ruoka-allergiat sekä muut syömiseen liittyvät pulmat. Ravitsemusterapeutti osaa valita eri tilanteisiin sopivat elintarvikkeet ja erityisvalmisteet ja neuvoa niiden käytössä.

Ravitsemusterapeutti järjestää koulutustilaisuuksia muulle neuvolahenkilöstölle ja toimii oman alansa konsulttina. Hän laatii kirjallista neuvonta-aineistoa ja valitsee tarjolla olevasta aineistosta neuvolatyöhön sopivan. Ravitsemusterapeutti on myös mukana lasten vanhemmille suunnatuissa tilaisuuksissa, kuten erilaisissa luento- ja keskustelutilaisuuksissa sekä käytännön ruoanvalmistuskursseilla. Lasten ravitsemuksen asiantunte-
musta tarvitaan myös neuvolan ja päivähoidon yhteistyössä.

Suun terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvat hammaslääkäri, hammashoitaaja/suuhygienisti ja hammashoitaja. Suun terveydenhuollossa tavoitteena on suusairauksien ehkäisy mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä suun terveyden riskitekijöiden tunnistaminen ja ongelmien ratkaisu. Neuvolaikäisten kohdalla korostuu suun sairauksia aiheuttavien bakteeritartuntojen siirtäminen mahdollisimman myöhäiseen ikään ja päivittäisten suun hoitotottumusten luominen. Suuhygienistin tehtävänä on huolehtia lapsen suun terveyden määräaikaista seurannasta ja lähettää hoidon tarpeessa olevat lapset hammaslääkärille. Hammaslääkäri osallistuu lapsen suun terveyden ja purennan seurantaan ja vastaa suusairauksien ja kehityksen poikkeavuuksien tunnistamisesta. Lastenneuvolan ja suun terveydenhuollon yhteistyön suunnittelu ja sopiminen käytännöistä kirjallisesti turvaa hyvän ja toimivan käytännön. Suun terveydenhuollon henkilöstö suunnittelee ja mallintaa käytännön, jolla suun terveyden riskiryhmiin kuuluvat lapset löydetään ja voidaan ohjata hoitoon. Kirjalliset ohjeet suun terveyteen liittyvästä terveysneuvonnasta ja suun terveyden ongelmien tunnistamisesta lapsen neuvolakäyntien yhteydessä vahvistavat hyvän yhteistyökäytännön toteutumista.

3.4.5 Henkilökunnan mitoitus

Tuloksellisen neuvolatoiminnan onnistumisen perusehto on laadultaan ja määrältään riittävä henkilöstö. Neuvolahenkilöstön lukumäärää ja lapsiperheiden kotipalvelua on vähennetty 1990-luvulla samaan aikaan kun perheiden ongelmat ovat vaikeutuneet ja neuvolatyön vaatimukset siten kasvaneet. Neuvolat edustavat ensimmäistä kontaktia ja peruspalvelua, jonka toimivuuteen kannattaa investoida ongelmien varhaiseksi toteamiseksi ja niihin puuttumiseksi. Koska lapsen syntymä on erittäin elämyksellinen ja yleensä toiveita herättävä tapahtuma, se antaa erinomaisen mahdollisuuden tukea vanhemmuutta, perheen ja sen jäsenten hyvinvointia ja toimintakykyä.

Aiempiin neuvolatyön mitoituksiin verrattuna uusia, aikaa vieviä työmuotoja ovat varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden järjestelmällinen tukeminen, moniammatillinen yhteistyö, tehostetut vanhempainryhmät ja lisääntyneet kotikäynnit. Aikaa vievät myös työnohjaus ja täydennyskoulutukseen osallistuminen. Seuraavat mitoitusta koskevat suositukset perustuvat laskelmiin, joiden laatimisen lähtökohtana on uuden lastenneuvolaoppaan suositusten mukainen toiminta (liite 4).

SUOSITUS:

Terveydenhoitajien laskennallisen mitoituksen lähtökohtana on enintään 340 lasta/kokopäivätoiminen terveydenhoitaja, kun sijaista vuosiloman ajaksi ei ole ja 400 lasta/kokopäivätoiminen terveydenhoitaja, kun sijainen on. Jos terveydenhoitaja työskentelee useammalla kuin kahdella sektorilla tai alueella on paljon maahanmuuttajia tai muita erityistä tukea tarvitsevia perheitä, vaikuttaa se lapsimäärää vähentävästi. Neuvolatyötä tekevien lääkäreiden mitoituksen lähtökohtana on 2 400 lasta/ kokopäivätoiminen lääkäri, kun sijaista ei ole, ja 2 800 lasta/kokopäivätoiminen lääkäri, kun sijainen on.

Henkilöstön tarve voi olla suositusta suurempi riippuen mm. kunnan palvelujen tasosta, perheiden tilanteesta ja muista mitoitukseen vaikuttavista tekijöistä.

Mitoitukseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa:

- perheiden tuen tarve: esimerkiksi kunnan työttömyysaste, muuttoaste, lastensuojelun tarve, toimeentulotukea tarvitsevien perheiden määrä, yksinhuoltajaperheiden, uusperheiden, etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvien perheiden määrä, kieliryhmien määrä, alle 1-vuotiaiden määrä,
- terveydenhoitajien ja lääkäreiden työnkuva: muun muassa vanhempainryhmien järjestäminen ja sektoreiden lukumäärä (sektoreiden lukumäärä lisää työntekijöiden tarvetta, sillä kukin niistä edellyttää tieto-taitotason ylläpitämistä),

- maantieteelliset seikat: (haja-asutusalueet, saaristo; vrt. kotikäyntihin kuluva aika). Väestön pieneneminen muuton seurauksena ei välttämättä vähennä palvelujen tarvetta samassa suhteessa,
- lapsiperheille suunnatun henkilöstön rakenne ja määrä kunnassa: esim. kuinka paljon on lapsiperheiden käyttöön varattuja perhetyöntekijöitä ja kodinhoitajia sosiaalitoimessa, psykologeja tai muita erityistyöntekijöitä.

Mikäli terveydenhoitaja tai lääkäri työskentelee vain osan työajastaan lastenneuvolassa, jaetaan kokopäivätoimista työntekijää varten mitoitettu lapsiluku kyseisellä osuudella. Esimerkiksi kun terveydenhoitaja työskentelee kaksi päivää viikossa lastenneuvolassa ja kolme päivää muussa työssä, hänellä voi olla korkeintaan 136 alle kouluikäistä lasta ($340/5=68$, $2 \times 68=136$). Käytännössä lasten määrän tulisi olla tätä pienempi, sillä usean sektorin hallitseminen on aikaa vievää ja asettaa haasteita ammattitaidon ylläpitämiselle. Mikäli mahdollista, suositetaan terveydenhoitajan vastuulla olevien sektoreiden rajaamista kahteen.

Perhetyöntekijän tarpeeksi arvioitiin Lapsiperhe-projektissa yksi perhetyöntekijä $400-1200$ alle kouluikäistä lasta kohden. Perhetyöntekijöiden täsmällistä mitoitustarvetta on vaikea arvioida, koska kokemusta kunnallisista lastenneuvoloiden perhetyöntekijöistä on vielä rajoitetusti, ja paikalliset olosuhteet vaihtelevat. Käynnistetyt kokeilut tullevat antamaan asiasta tietoa.

Henkilökunnan mitoituksen kehittäminen edellyttää, että lastenneuvolatyöhön käytettyä aikaa seurataan. Esimerkiksi väestövastuujärjestelmässä on lääkäreiden lastenneuvolatyöhön käyttämää aikaa tarpeen tilastoida.

3.5 Lastenneuvolatyöryhmä ja muu neuvolan yhteistyö

Lastenneuvolatyöryhmä tarkoittaa yhteistyöryhmää, jossa konsultoidaan ja keskustellaan lasten ja perheiden seurannan, tuen ja tutkimusten mahdollisimman tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä. Ryhmässä käsitellään asiakasperheiden tapaamisissa esiin tulleita pulmia, mahdollisuuksia tuen ja avun järjestämiseen sekä suunnitellaan lapsen tarvitsemia jatkotutkimuksia. Ryhmässä voidaan suunnitella myös uusia terveyttä edistäviä ja ehkäiseviä työmuotoja. Järjestelmällisen tiimityön avulla saadaan työryhmään osallistuvien ammattitaito ja osaaminen parhaiten lasten ja perheiden hyödyksi. Asioiden hoito perheiden kannalta nopeutuu ja muuttuu joustavammaksi. Paikallisen asiantuntijaverkon yhteistyö on tarpeen muun ohella varhaisen kuntoutuksen ja erikoissairaanhoidon tarkoituksenmukaisen käytön suunnittelussa.

Lastenneuvolatyöryhmän keskeisimmät toimijat ovat terveydenhoitaja ja lastenneuvolan lääkäri. Muiden työntekijäryhmien osallistuminen neuvolatyöryhmään riippuu paikallisista resursseista. Ryhmään kuuluvat

edellisessä luvussa lueteltujen ryhmien lisäksi myös päivähoidon työntekijä, (lastensuojelun) sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja osallistuu neuvolatyöryhmän kokouksiin ainakin silloin, kun hän toivoo konsultaatioapua, tai kun hänen kokemustaan tarvitaan perheen jatkotuen suunnittelussa. Äitiys- ja lastenneuvoloiden saumaton ja jatkuva yhteistyö koskee kuitenkin kaikkia syntyviä lapsia ja heidän perheitään. Yhteistyössä tulee kiinnittää erityistä huomiota siirtymävaiheeseen, varsinkin jos terveydenhoitaja vaihtuu. Äidit odottavat, että myös lastenneuvolassa pidetään huolta äidin jaksamisesta ja parisuhteesta kuten äitiysneuvolassakin. Neuvolatyöryhmän kokoontuessa tiiviisti ja säännöllisesti tietojen vaihto sujuu kitkatta. Neuvolatyöryhmän tulisikin noudattaa myös yhteistyössään matalan kynnyksen periaatetta. Se ilmenee keskinäisen konsultoinnin helppoutena. Asiat tulee siis tuoda moniammatilliseen työryhmään joustavasti ja viiveettä.

Lastenneuvolatyöryhmän tai -ryhmien järjestäytyminen ja toimintatapa voivat olla erilaisia eri kokoisilla paikkakunnilla ja erilaisissa neuvoloissa. On tärkeää sopia selkeästi vastuun ja tehtävien jakamisesta. Joskus voi olla tarkoituksenmukaista, että kullakin terveydenhoitajalla on oma neuvolatyöryhmä. Joissakin tapauksissa neuvolatyöryhmä voi olla sama useammille terveydenhoitajille.

Aina ei ole mahdollista perustaa edellä kuvatunlaista neuvolatyöryhmää, sillä erityistyöntekijöiden saatavuus voi suuresti vaihdella maan eri osissa. On kuitenkin tärkeää, että myös harvaan asutuilla alueilla neuvolan työntekijöille turvataan mahdollisuus konsultoida ainakin psykologia, puheterapeuttia ja fysioterapeuttia.

Terveydenhoitaja vastaa lastenneuvolatyöryhmän kokoon kutsumisesta ja työskentelyn organisoinnista. Lääkäri ja terveydenhoitaja voivat sopia ryhmän vetovastuusta keskenään. Lapsen asioiden käsittelyyn tarvitaan vanhempien antama suostumus (ks. luku 3.8). Jollei lupaa ole kysytty tai annettu, tilanteesta voidaan keskustella ainoastaan niin, ettei perheen henkilöllisyys paljastu. Vanhempien osallistuminen työryhmätapaamiseen oman lapsensa asiaa käsiteltäessä on toivottavaa.

Ongelmatilanteissa voidaan muodostaa perheen ympärille myös tarpeenmukainen tukitiimi tai hyödyntää olemassa olevaa lastensuojelun tukiryhmää.

Monissa kunnissa on perustettu lasten kuntoutusryhmiä. Kuntoutustyöryhmän jäsenet ovat usein samoja kuin lastenneuvolatyöryhmän jäsenet. Näiden ryhmien on tärkeää tuntea toistensa työ ja tehdä selkeä työnjako keskenään. Kuntoutustyöryhmän tehtävänä on kuntoutussuunnitelmien tekeminen ja erikoissairaanhoidon ohjaaman jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestäminen. Ensisijaisena periaatteena on, että vanhemmat kutsutaan aina mukaan kuntoutustyöryhmän kokoukseen. Mikäli tämä ei ole mahdollista, heiltä pitää kysyä lupa, ennen kuin lapsen asioita voidaan käsitellä.

Mikäli lapsi on päivähoidossa, kuntoutussuunnitelman laatiminen tapahtuu yleensä päivähoidon aloitteesta, erityistyöntekijöitä tarpeen

mukaan konsultoiden. Päivähoitoa koskevassa lainsäädännössä on erityislasten kuntoutusta ja sen suunnittelua koskeva selkeä velvoite.

SUOSITUS:

Jokaisessa lastenneuvolassa toimii lastenneuvolatyöryhmä. Siihen kuuluvat lapsen tutkimiseen ja perheiden tukemiseen osallistuvat työntekijät paikallisten olosuhteiden mukaan. Lastenneuvolassa sovitaan neuvolatyöryhmän toiminnasta kuten osallistujista, tehtävistä ja kokoontumistiheydestä. Äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyö on saumatonta ja koskee kaikkia syntyviä lapsia ja heidän perheitään.

3.6 Yhteistyötä kunnan sisällä

3.6.1 Yhteistyö kotipalvelun ja lastensuojelun kanssa

Monissa perheissä on myös kodinhoidollisen ja lastenhoidollisen avun tarvetta, jolloin lapsiperhetyöhön suuntautuneen lähihoitajan tai vastaavan työntekijän työpanos on tarkoituksenmukaisin. Lähihoitaja on konkreettisenä apuna perheessä ja tekee tarvittaessa kaikkia kodin arkipäivän töitä. Lapsiperheillä voi olla vaikeuksia suoritua arjesta esim. vanhempien sairauksien, uusavuttomuuden tai yksinhuoltajuuden vuoksi. Lähihoitajan antama arkinen apu ja ohjaus perheessä voi parhaimmillaan estää lastensuojelun tarpeen syntyvän. Toiminnalla on näin vahva ehkäisevän työn luonne. Lapsiperheiden kotipalvelulle on tarpeen luoda toimiva yhteistyö neuvolan, sosiaalityön ja muiden sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa. Näiden tahojen kautta voidaan palvelujen piiriin ohjata tukea tarvitsevat perheet ja toisaalta varmistetaan tarvittaessa riittävä moniammatillinen konsultaatio.

Lastensuojeluviranomaisten lakisääteinen tehtävä on tukea kaikkia lapsia ja nuoria, joiden terveys tai kehitys on vaarantunut. Tavoitteena on ehkäistä ongelmien syntyä ja niiden kasautumista, järjestää tarvittavaa apua, hoitoa ja kontrollia perheiden selviytymisen sekä lasten ja nuorten terveyden, kasvun ja kehityksen tueksi. Lastensuojelulaki velvoittaa mm. sosiaali- ja terveystoimen työntekijöitä ilmoittamaan sosiaalilautakunnalle, käytännössä sosiaalitoimen lastensuojelutyöntekijälle, perhe- tai yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta (Lastensuojelulaki, 40§). Lastensuojeluilmoitus on yhteistyöaloite, joka mahdollistaa lastensuojelun ja muiden tarvittavien tahojen osallistumisen lapsen tilanteen ja tuen tarpeen selvittämiseen ja tukitoimien suunnitteluun. Lastensuojeluilmoituksia tehdään neuvolasta käsin varsin vähän. Kuitenkin noin 4 %:sta imeväisikäisiä tehdään lastensuojeluilmoitus. Lastensuojelun työntekijät ovat lastenneuvolan tärkeitä yhteistyökumppaneita, ja yhteistyötä on tarpeen lisätä.

Heti kun lastenneuvolatyöryhmässä herää epäily lastensuojelun tarpeesta, konsultoidaan lastensuojeluviranomaista. Konsultaation voi alkuvaiheessa tehdä nimeämättä perhettä. Varsinainen lastensuojeluilmoitus edellyttää perheen yksilöimistä. Tällöin asiasta on syytä sopia perheen kanssa tai vähintään ilmoittaa perheelle ilmoituksen tekemisestä.

Neuvolatyöryhmä luonnollisesti osallistuu lastensuojeluviranomaisen toivomiin selvitys- ja tukitoimiin. Lastensuojeluviranomaiset huolehtivat yhdessä lastenneuvolan kanssa siitä, että myös lastensuojelun tukitoimien piirissä olevat lapset ja heistä huolehtivat aikuiset perheenä saavat tarvitsemansa lastenneuvola- sekä perhepalveluverkoston palvelut.

Lastensuojelulain nojalla sosiaalityöntekijä voi tukea lasta ja perhettä taloudellisesti ja tarjota esim. asumiseen liittyvää tukea. Hän voi järjestää tukihenkilö- ja tukiperhetoimintaa ja terapiapalveluja, tukea harrastustoimintaa ja mahdollistaa perheelle loma- ja virkistyspalveluja.

SUOSITUS:

Kunnissa järjestetään lapsiperheille suunnattu, ehkäisevä ja varhaisen tuen mahdollistava kotipalvelu, joka toimii yhteistyössä sosiaalipalvelujen ja neuvolan kanssa.

Lastensuojelun edustajat osallistuvat perhepalveluverkoston ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän toimintaan. Lastenneuvolalla, perhepalveluverkostolla ja lastensuojeluviranomaisilla on riittävä tuntemus toistensa toimintatavoista ja työmenetelmistä sekä yhdessä sovitut menettelyt lastensuojeluilmoituksen tekemisestä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Elorinne E-L, Manninen R. 1997. Elsa-projekti. Ehkäisevän lastensuojelutyön avo- huollollinen kokeiluprojekti 1994–1997. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki.

Harava-hanke on julkisen ja järjestösektorin yhteistyöhanke, joka tähtää perinteisiä rajoja ylittävien toimintamallien luomiseen lasten ja nuorten ja lapsiperheiden psykososiaalisiin palveluihin. Hankkeen koordinaattoreita ovat Suomen Kuntaliitto ja Lastensuojelun Keskusliitto. Haravan kotisivut: www.harava.net.

Miten lastensuojelu voi auttaa lastasi ja perhettäsi. Esite. Stakes, Helsinki.

Taskinen S. 1999. Huostaanotto. Lastensuojelun asiantuntijaryhmän suositus huostaanottoprosessin laatua ohjaaviksi yleisiksi periaatteiksi. Oppaita 33, Stakes, Helsinki.

3.6.2 Yhteistyö päivähoidon ja varhaiskasvatuksen kanssa

Varhaiskasvatuksessa painotetaan lasten, henkilöstön ja vanhempien välistä vuorovaikutusta sekä kasvatuksellista kumppanuutta. Varhaiskasvatusta toteutetaan yhteistyössä laajan lasta ja perhettä palvelevan verkon kanssa (liite 2). Päivähoito eri muotoineen on vallitsevin yhteis-

kunnallinen varhaiskasvatuksen toimintaympäristö. Noin puolet kaikista lapsista on kunnallisessa päivähoidossa. Lähes kaikki lapset osallistuvat päivähoidossa tai koulussa toteutettavaan esiopetukseen vuotta ennen kouluunmenoaan. Siirtyminen neuvolasta kouluterveydenhuoltoon vaihtelee kunnittain.

Päivähoito on neuvolan läheinen yhteistyökumppani, joten on toivottavaa, että perhepalveluverkostossa ja neuvolatyöryhmässä on päivähoidon edustaja. Päivähoidossa toteutettavan varhaiskasvatuksen lähtökohta on sama kuin neuvolan: lasten ja perheiden tarpeet. Molempien tehtävänä on edistää lapsen kasvua, kehitystä ja oppimista sekä tukea vanhempia heidän kotikasvatuksessaan. Varhaiskasvatuksessa vanhemmuutta tuetaan asiakaslähtöisesti monin erilaisin toiminnoin. Myös lapsen mahdollinen erityisen tuen tarve, oppimisvaikeudet, kieli- ja kulttuuritausta tai vaikkapa poikien ja tyttöjen erilaiset tarpeet on varhaiskasvatuksessa otettava huomioon (Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista, 2002).

Varhaiskasvatuksella on kuitenkin lapsiperheisiin erilainen näkökulma kuin neuvolalla (Lammi-Taskula & Varsa 2001). Päivähoidon henkilöstö tapaa päivähoidossa olevien lasten vanhempia joka päivä, ja tästä lähtökohdasta henkilöstöllä on hyvä mahdollisuus keskustella vanhempien kanssa lapsen kasvuun, kehitykseen ja oppimiseen sekä perheeseen liittyvistä asioista.

Ennen kuin tietoja yksittäisen lapsen asioista voidaan vaihtaa, on lapsen neuvola-asiakirjoihin liitettävä vanhempien allekirjoittama lupa, jossa määritellään tietojenvaihto-oikeudet neuvolan ja päivähoidon välillä (ks. liite 5). Päivähoidossa voidaan vastaavasti pyytää samanlainen lupa. Olisi suotavaa, että vanhemmat toisivat päivähoidon henkilöstön arvion lapsen tilanteesta, taidoista ja ryhmässä selviämisestä neuvolan määräaikaistarkastukseen.

Joillakin paikkakunnilla, esimerkiksi Nokialla ja Espoossa, on hyviä kokemuksia määräaikaistarkastusten osittaisesta toteuttamisesta päiväkodissa (esim. Ollikainen 2002). Kokeilussa lapsen arviointi perustui koko hoitotiimin havaintoihin lapsen ryhmässä toimimisesta sekä kahdenkeskisiin tehtäviin lapsen kanssa. Vanhemmat olivat mukana arvioinnissa. Ennen lääkärintarkastusta he kävivät lastentarhanopettajan kanssa palautekeskustelun, jossa laadittiin yhteenveto lapsen kanssa tehdyistä tehtävistä sekä vanhempien ja päiväkodin henkilökunnan havainnoista. Yhteenveto toimitettiin vanhempien luvalla neuvolaan, jossa se oli käytävissä lääkärintarkastuksessa. Terveystenhoitajan tehtävänä oli kotona, perhepäivähoidossa tai yksityisessä päiväkodissa hoidossa olevien lasten arvioiminen samoilla menetelmillä.

Joissakin kaupungeissa on kehitetty 3- ja 5-vuotiaiden lasten seurantaan vanhempien, neuvolan ja päivähoidon yhteistyömalli. Mainitunlainen yhteistyö on kokemusten mukaan auttanut päiväkotihenkilökuntaa entistä paremmin tiedostamaan lapsen yksilöllisen tuen tarpeet. Terveystenhoita-

jille yhteistyö on mahdollistanut lapsiperheiden entistä monipuolisemman tukemisen.

Päivähoidossa on myös erityistuen tarpeessa olevia lapsia. Vain osan ongelmat ovat terveydenhuollon tiedossa. Olisi toivottavaa, että kiertävä erityislastentarhanopettaja, tai milloin tällaista ei ole, muu päivähoidon ammattihenkilö toimisi yhteistyöaloitteen tekijänä näiden lasten kohdalla. Siten jokainen neuvolatyöryhmä olisi tietoinen omalla vastuullaan olevista, päivähoidossa erityistukea tarvitsevista lapsista. Sairauksien diagnostiikka ei kuulu päivähoidon henkilökunnalle, vaan lääkärille. Eräs tärkeä päivähoidon ja lastenneuvolan yhteistyöalue on päivähoidossa olevien lasten infektioiden ehkäisy (ks. Renko & Uhari 2001). Terveydenhuollon tulisi olla vastuullisesti mukana järjestämässä lapsille terveellistä toimintaympäristöä, jossa infektioriskit olisi minimoitu.

Neuvolahenkilökunnan vierailut päivähoitoon voivat olla hyödyllisiä. Lievien, normaaliin kirjoon kuuluvien kehityksen variaatioiden ja ominaispiirteiden leimaamista lääketieteellisiksi ongelmiksi tulee välttää. Toisaalta lieväkin vaikeus, vaikka sen laatu ja vaikeus eivät riittäisi täyttämään diagnostisia kriteerejä, voi aiheuttaa merkittävää haittaa arkipäivän toimintaan. Lapselle ja ympäristölle voi olla suurta apua, jos vaikeus huomioidaan, ja lapsen toimintaa tuetaan riittävästi. Perhepalveluverkoston asiantuntemus ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon ohjeistus auttavat päivähoitoa järjestämään erityistä tukea, apua ja kuntoutusta silloin, kun sille on perusteet. Päivähoito voi toimia merkittävänä alle kouluikäisten lasten erilaisten kehitys-, kontakti-, käyttäytymis- ja oppimisvaikeuksien ehkäisijänä ja kuntouttajana. Lastenneuvolan tai lastenneuvolatyöryhmän työntekijät voivat myös toimia aktiivisesti lasten ohjaamisessa päivähoitoon ja tarvittaessa päivähoidon tukitoimien piiriin silloin kun sen arvioidaan edistävän lapsen kehitystä tai kuntoutusta. Näissä erityistilanteissa päivähoito ja tukitoimet tulisi järjestää lapsen kannalta mahdollisimman joustavasti perheen tilanne huomioon ottaen. Päivähoitohenkilökunnan kannalta usein vaikeimpia ovat sosiaalisen käyttäytymisen ja itsesääntelyn osalta erityisen paljon tukea tarvitsevat lapset.

On hyvä, jos perhetyöntekijä tai muu perhepalveluverkoston työntekijä voi osallistua päiväkodin toimintaan. Tukemalla perhettä ja vanhemmuutta hän edistää lapsen kehitystä, mutta auttaa myös päiväkodin henkilökuntaa jaksamaan. Päivähoidon piirissä on tehty perhetyöntekijöitä koskevia kokeiluja, esimerkkinä Jussinlinnan päiväkotit Hyvinkäällä. Sinne palkatun perhetyöntekijän tehtävänä on vastata vanhempien tukemiseen liittyvästä yhteistyöstä ja opastaa tarvittaessa henkilökuntaa. Jussinlinnan hankkeen myötä yhteistyö vanhempien ja työntekijöiden välillä on muuttunut avoimemmaksi. Uusi toimintamalli tarjoaa menetelmiä lasten pahoinvoinnin ehkäisemiseen ja tukee pienten lasten vanhempia arjen kasvatustyössä.

Verkostotyypistä, perheen ja eri työntekijätahot keskusteluun koovaa työskentelymallia toteutetaan jo useilla paikkakunnilla. Päivähoidon perhettä tukeva yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon muiden

toimijoiden kanssa voi toimia koulun oppilashuoltoryhmien tapaan. Perhe on yhteistyöstä tietoinen ja se voi osallistua siihen. Mikäli toimivat yhteistyömenettelyt saadaan paikallisesti aikaan ja vanhemmat hyvin informoitua toimintatavoista, on etuna myös toiminnan arkipäiväistyminen ja puuttumiskynnyksen madaltuminen.

Päivähoitohenkilökunnan edustajan tai edustajien osallistuminen perhepalveluverkoston kokouksiin on tärkeää. Lisäksi suositellaan, että perhepalveluverkostot järjestäisivät koulutus- ja virkistystilaisuuksia henkilöstölleen yhdessä päivähoitohenkilökunnan kanssa.

SUOSITUS:

Päivähoidon edustaja osallistuu perhepalveluverkoston ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän toimintaan. Päivähoidon ja lastenneuvolan välillä on yhteisesti sovitut yhteistyö- ja tiedonvaihdonmenettelyt.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Infektioiden ehkäisy päivähoitossa. Oppaita. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. *Opas ilmestyy vuoden 2004 aikana.*

Jussinlinnan päivähoitohankkeessa kehitettiin uudenlaista tukea vanhempien kasvatustyölle. Tiedote 33/22.5.2002. Stakes. *Vuoden 2002 TERVE-SOS -palkinto myönnettiin Hyvinkään kaupungin Jussinlinnan päivähoitohankkeelle, jossa tuetaan vanhempien kasvatustyötä.*

Lammi-Taskula J & Varsa H. 2001. Vanhemmuuden aika. Vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä. Aiheita 7. Stakes, Helsinki. *Tutkimus neuvoloiden ja päiväkotien käytännöistä vuosituuhannen taitteessa.*

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. 2003. Oppaita 56. Stakes, Helsinki.

3.6.3 Yhteistyö kasvatus- ja perheneuvoloiden kanssa

Kasvatusta- ja perheneuvolat ovat tärkeä asiantuntija- ja yhteistyötaho sekä aikuisten hoitopisteille että lastenneuvolalle. Kasvatusta- ja perheneuvonnan järjestäminen on kunnan velvollisuus. Perheneuvoloiden verkostoon kuului 1990-luvun lopulla lähes 130 perheneuvola ja 222 palvelupistettä. Niiden, kuten lastenneuvoloidenkin, perustehtävänä on edistää lasten ja perheiden myönteistä kehitystä. Perheneuvolat auttavat lapsia, nuoria ja heidän perheitään kasvatukseen, kehitykseen ja perheiden ihmisuhteisiin liittyvissä asioissa antamalla ohjausta ja neuvontaa, tekemällä tutkimuksia lapsen ja perheen kokonaistilanteesta ja toteuttamalla erilaisia hoitomuotoja kuten perheterapiaa, lasten yksilöterapiaa, vanhemmuuden hoitoa ja verkostoterapiaa. Asiakas- ja käyntimäärät ovat huomattavasti lisääntyneet 1990-luvulla.

Kasvatusta- ja perheneuvolat ovat osa perhepalveluverkostoja. Perheneuvolan ja lastenneuvolan yhteistyömuotojen kehittäminen hyödyttää molempia osapuolia. Perheneuvolan edustajien osallistuminen lapsi-

perheiden palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmään on ensiarvoisen tärkeitä. Myös neuvolatyöryhmään osallistuminen on suotavaa. Muu yhteistyö riippuu perheneuvolan mahdollisuuksista panostaa ehkäisevän työn kehittämiseen kunnassa. Kasvatus- ja perheneuvoloiden työntekijät, yleensä psykologi, sosiaalityöntekijä ja lastenpsykiatri, voivat antaa konsultaatioapua lastenneuvoloiden työntekijöille. Nämä ottavatkin usein yhteyttä perheneuvolaan lapsen tai perheen pulmatilanteissa. Perheneuvoloiden työntekijät voivat voimavarojensa puitteissa järjestää myös koulutusta ja työnohjausta neuvolahenkilöstölle. Hyviä kokemuksia yhteistyöstä on muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksen järjestämisestä moniammatillisesti. Yhteistyötä helpottaa, jos yhdessä sovitaan toimintakäytännöistä ja tietosuojaan liittyvistä kysymyksistä. Tietoja vaihdettaessa voidaan käyttää liitteenä olevaa lomaketta (liite 5.).

SUOSITUS:

Kasvatus- ja perheneuvolan edustaja osallistuu perhepalveluverkoston ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän toimintaan. Perheneuvolan ja lastenneuvolan välillä on yhteisesti sovitut yhteistyö- ja tiedonvaihdon menettelyt.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Antikainen J. 1992. Palveleva kasvatus- ja perheneuvola. Oppaita 15. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.
- Johanson J. 2002. Haasteena vanhemmuus: Suomen kasvatus- ja perheneuvontaliitto 50 vuotta 1952–2002. Suomen kasvatus- ja perheneuvontaliitto, Helsinki.
- Tasola S & Lajunen K. 1997. Vanhempana vahemmaksi. Ylivielkkäiden ja keskitymättömien lasten vanhemmille tarkoitettu valmennusohjelma. Jyväskylän perheneuvola, Jyväskylä.

3.6.4 Yhteistyö koulujen kanssa

Lapsen ja perheen terveyden edistämisen näkökulmasta siirtymävaihe neuvolasta kouluterveydenhuoltoon on erityisen tärkeä. On tarpeen turvata lapsen terveydenhoidon ja muun tarvittavan tukemisen yhtenäisen ja saumaton jatkuminen. Tämä edellyttää riittävää kommunikointia ja yhtenäisistä toimintaperiaatteista sopimista. Esipetuksen alkaessa kuusivuotiaana kuntatasolla sovitaan lapsen lastenneuvolasta kouluterveydenhuoltoon siirtymisajankohta.

Kun lapsi aloittaa koulun, hänen keskeiset kasvuun, kehitykseen ja terveydenhoitoon liittyvät potilastietonsa siirretään kyseisen koulun kouluterveydenhuoltoon. Periaatteena on, että vain tarpeelliset tiedot siirretään. Vanhemmilta ei tarvitse kysyä lupaa, mutta heidän kanssaan on hyvä keskustella tietojen siirtämisestä. Lastenneuvolatyöryhmä päättää

keväällä, kenestä lapsesta ja hänen tilanteestaan on syytä keskustella henkilökohtaisesti kouluterveydenhuollon kanssa. Ryhmä sopii myös tietojen siirtomenettelystä. Vanhemmilla tulee olla halutessaan mahdollisuus osallistua tähän tilaisuuteen.

Jos perheen auttamiseksi on muodostettu tarpeenmukainen tukitiimi, tämän tukitiimin tehtävänä on saatella lapsi kouluterveydenhuollon seurantaan. Alueen lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmän tehtävänä on varmistaa, että koulujen hyvinvointipalvelut jatkavat alle kouluikäisenä aloitettua moniammatillista tukea. On suositeltavaa, että kouluterveydenhuollon, koulun ja neuvolan edustajat määrävällein tarkastelevat erityistukea tarvitsevien lasten tunnistamisen ja hoidon onnistumista ja pohtivat toiminnan kehittämistarpeita.

On toivottavaa, että kouluikäisten hoitoon keskittyneet ammattilaiset tuntevat hyvin alle kouluikäisten tueksi rakennetun järjestelmän ja päinvastoin. Esimerkiksi lastenneuvolassa pitäisi tuntea koulujen erityisopetuksen ja oppilashuoltotyön tilanne pääpiirteittäin.

SUOSITUS:

Perhepalveluverkosto, lastenneuvola ja koulu noudattavat yhteisesti sovittua menettelyä lasten koulunaloituksen ja saumattoman tuen turvaamiseksi. Lapsi ja vanhemmat ovat menettelystä tietoisia ja osallistuvat täysivaltaisesti tapaamisiin.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Aunola K, Barman S, Isosaari T, Tuomi E & Nurmi J-E. 2001. Neuvolan 5-vuotistarkastus kouluvaikeuksien ennustajana. *Psykologia* 6, 419–428.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51, Helsinki.
- Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 161. Turun yliopisto, Turku.
- Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 751. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana. Stakes Aiheita 16. Helsinki.

3.6.5 Yhteistyö muiden sidosryhmien kanssa

Mielenterveys-, päihde- ja väkivaltaongelmaisten vanhempien hoito toteutuu muualla kuin neuvolassa. Neuvolatyöryhmän on tarpeen sopia yhteistyöstä näiden tahojen kanssa, jotta hoitoon ohjaaminen ja lapsen vanhemmuuden tukeminen onnistuisivat hyvin. Hoitoketjut rakennetaan paikkakuntaakohtaisesti ja käytännöistä sovitaan kirjallisesti. Lastenneuvola voi tukea näitä perheitä, sekä lapsia että vanhempia, parhaiten, jos yhteistyö vanhempia hoitavan tahon kanssa toimii. Vanhempien

suostumus yhteistyöhön ja tietojen vaihtoon tarvitaan molemmille tahoille.

Seurakunnat ja järjestöt antavat monenlaisia palveluja ja järjestävät ryhmätoimintoja, kursseja ja projekteja, jotka täydentävät kunnallisia palveluita. Useat ovat halukkaita myös yhteistyöhön kunnallisen sektorin kanssa. Esimerkiksi kirkon perheasiain neuvottelukeskukset ja niissä työskentelevät perheasiain neuvojat ovat valmiita lisäämään ehkäisevän työnsä osuutta ja osallistumaan mahdollisuuksien mukaan vanhempainryhmien järjestämiseen ja henkilökunnan kouluttamiseen parisuhdekysymyksissä. Perheasiain neuvottelukeskuksilla on myös vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvää materiaalia, josta osa on ilmaista.

Lapsiperhetyötä tekevillä järjestöillä on paljon toimintaa, josta neuvolassa työskentelevien on tarpeen tietää voidakseen ohjata perheitä niiden toiminnan piiriin. Esimerkiksi Mannerheimin Lastensuojeluliitolla on useilla paikkakunnilla perhekeskuksia ja perhekahviloita (noin 300), sekä neuvontapuhelin vanhemmille. Liitto on myös tehnyt yhteistyötä perhevalmennuksen, muun muassa isävalmennuksen toteuttamisessa. Lastensuojelun Keskusliitto kehittää lapsiperheiden palveluja ja yhteistyötä neuvolan kanssa muun muassa Harava-hankkeessa ja Varhaisen puuttumisen Varpu-hankkeessa. Ensi- ja turvakotien liiton hankkeista on mainittu mm. luvussa 8.2. Väestöliitolla on mm. perheen, parisuhteen ja seksuaalisuuden tukemiseen liittyvää toimintaa etenkin pääkaupunkiseudulla sekä verkossa.

Alueen lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmän tehtävänä on koordinoita ja tiedottaa paikkakunnalla olevista palveluista.

SUOSITUS:

Lastenneuvola ja perhepalveluverkosto kasvatus- ja perheneuvola mukaan lukien sekä paikkakunnalla aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia hoitavat tahot sopivat yhteistyömenettelyistä lasten ja perheen tukemiseksi. Perhepalveluverkostossa ja lastenneuvolassa huolehditaan siitä, että niillä on ajantasainen tieto paikkakunnan järjestöjen ja kirkon tarjoamasta sosiaalisesta ja tukitoiminnasta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kataja – Kestävän parisuhteen kasvu ry. <http://personal.inet.fi/yhdistys/kataja>.

Solantaus T & Ringbom A. 2002. Miten autan lastani. Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Stakes ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys, Helsinki.

Stakesin Toimiva perhe -hankkeessa tuotetaan materiaalia vanhempien mielenterveysongelmista ja lapsista sekä keinoista auttaa perheitä. www.stakes.fi/lapsetjanuoret/toimivaperhe/

Tavataan perhekahvilassa. Opas perhekahvilatoimintaan. 2001. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

Tehdään yhdessä. Kirkkohallituksen toiminnallinen osasto. Esite on tilattavissa Kirkkohallituksen julkaisumyynnistä, s-posti julkaisumyynti@evl.fi, puhelin (09) 18021. *Esitteessä kerrotaan Kirkkohallituksen toiminnallisen osaston toimialasta; esitteestä selviää myös, minkälaisia toimia seurakunnissa on.*

3.7 Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa

Synnytyksen jälkeisten sairaalahoidojen lyheneminen on lisännyt tietojen vaihdon merkitystä sekä äitiys- ja lastenneuvolan työtä ja vastuuta. Vauvan ensimmäiset päivät ovat terveysriskien ja -seurannan kannalta lapsen elämän kaikkein kriittisin vaihe. Perusterveydenhuollon yhteistyö synnytysyksiköiden kanssa on erityisen tärkeää mm. päihdeongelmaisten äitien ja muista sosiaalisista ongelmista kärsivien kohdalla.

Yhteistyötä tarvitaan myös lastentautien, lastenkirurgian, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian alan erikoissairaanhoidon kanssa. Lastenneuvolan vastaavan lääkärin velvollisuutena on huolehtia, että lastenneuvolan aihepiiriin kuuluvat yhteistyömenettelyt ja erikoissairaanhoidon yksiköiden kanssa sovitut lasten hoitopolut ovat ajan tasalla. On toivottavaa, että lastenneuvolan lääkäri henkilökohtaisesti tutustuu erikoissairaanhoidossa toimiviin kollegoihin. Kun kollegat tuntevat toisensa, on työnjaosta helpompi sopia. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon neuvoloiden välille tulee kehittää myös aktiivista koulutustoimintaa ja muuta tiedonvaihtoa. Erilaisten hoito- ja potilasohjeiden yhtenäistäminen parantaa hoidon jatkuvuutta.

Perusterveydenhuollon vastuulääkäri koordinoi pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa ja huolehtii osaltaan yhteydenpidosta erikoissairaanhoidon. Vastuulääkärinä voi toimia neuvolalääkäri tai väestövastuulääkäri, kunhan asiasta on potilas- tai sairauskohtaisesti sovittu ja erikoissairaanhoidon informoitu.

Erikoissairaanhoidon tulee antaa vanhempien suulliseen suostumukseen perustuen mahdollisimman nopeasti kirjallinen palaute neuvolaan. Silloinkin, kun lähete on kirjoitettu muualta kuin neuvolasta (esim. yksityisvastaanotolta tai päivystyspisteestä), on toivottavaa, että erikoissairaanhoidon palautteet toimitetaan myös neuvolaan.

Joissakin sairaanhoitopiireissä on kehitetty malleja tiettyjen potilasryhmien tai sairauksien hoito-ohjelmiksi. Esimerkkejä tällaisista ovat astman, allergian ja lasten lihavuuden hoitoon laaditut ketjut HUSissa, toistuvien korvatulehdusten hoito-ohjelma Pohjois-Pohjanmaalla ja synnyttäneiden äitien hoito-ohjelma Pohjois-Karjalan keskussairaалassa (ks. myös luvut 15 ja 16).

Sähköisten terveys- ja potilaskertomusten rakenteiden yhdenmukaisuuteen ollaan kiinnittämässä lisääntyvää huomiota. Tulevaisuudessa elektroniset kertomukset mahdollistavat tiedonsiirron sujuvasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kehitetty Haikara, äitiyshuollon sähköinen tietojärjestelmä,

tukee saumatonta palveluketjua ja toimii jo KYSin ja useiden kuntien välillä Pohjois-Savossa. Jo nykyisin synnytyssairaaloihin kertyy vastasyntyneistä runsaasti tilastotietoja, joita voidaan hyödyntää kunta- tai seutukuntakohtaisessa suunnittelussa.

Joillakin paikkakunnilla erikoissairaanhoidon lastenlääkärit, lastenneurologit ja -psykiatrit tekevät kuntakohtaisilla sopimuksilla kuntakonsultaatiokäyntejä. Erikoislääkäritasoinen tuki, vaikka harvajaksoisestikin, on erittäin hyödyllistä perhepalveluverkostoille ja erityisesti kuntoutustyöryhmille.

SUOSITUS:

Tutkimus- ja hoitopolut erikoissairaanhoidon tavallisimpien tutkimus- ja hoitotarpeiden osalta ovat toimivat ja erikoissairaanhoidon palautejärjestelmä toimii. Kehitysseulonnoista sovitaan alueen erikoissairaanhoidon kanssa. Neuvola- ja väestövastuulääkäri sopivat pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa koskevasta työnjaosta potilas- tai potilasryhmäkohtaisesti.

3.8 Neuvolatietojen luovuttaminen ja salassapito

Salassapitokysymyksiä on monesti pidetty esteenä moniammatilliselle yhteistyölle. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (sosiaalihuollon asiakaslaki) tietosuojasäännökset ja toisaalta terveydenhuollon puolella potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (jäljempänä potilaslaki) tietosuojasäännökset rajaavat tietojen siirron luvanvaraiseksi sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sisällä (eri toimintayksiköiden välillä) että myös näiden kahden välillä. Kirjallisen suostumuksen kautta on kuitenkin mahdollista siirtää kaikkia niitä tietoja, jotka ovat tarpeellisia asiakkaan hoidon tai sosiaalihuollon järjestämistä varten. Suostumuksella tarkoitetaan tahdonilmaisua, jolla potilas hyväksyy tietojensa luovuttamisen vapaaehtoisesti ja on tietoinen tietojen saajasta, luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä. Suostumusta tietojen luovuttamiseen kysyttäessä tulee aina ilmoittaa, kenelle tieto annetaan, mitä tietoja annetaan, ja mitä käyttötarkoitusta varten. Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä siirrettävän tiedon tulee perustua asiakkaan kirjalliseen suostumukseen.

Sosiaalihuollon asiakaslain 17§:n mukaan sosiaalihuolto voi tietyissä poikkeustapauksissa antaa tietoja toiselle sosiaalihuollon viranomaiselle, sen toimeksiannosta sosiaalihuollon tehtäviä suorittavalle henkilölle tai yhteisölle sekä muulle viranomaiselle ilman suostumusta. Tämä on mahdollista eräin edellytyksin, mikäli ne ovat tarpeen asiakkaan hoidon tai huollon turvaamiseksi tai lapsen edun vuoksi. Sosiaalihuollon viran-

omaisilla on puolestaan sosiaalihuollon asiakaslain perusteella oikeus salassapitosäännöksistä riippumatta saada eräin edellytyksin tietoja mm. terveydenhuollon toimintayksiköltä ja ammattihenkilöltä. Näitä tietoja ovat ne sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka ovat välttämättömiä sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi.

Lain mukaan potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä, ja niitä saa antaa sivullisille lähtökohtaisesti vain potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella (potilaslaki 785/1992, 13§). Sivullisella tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Jos neuvolatyöryhmän jäsenet toimivat samassa toimintayksikössä, osallistuen potilaan hoitoon, heillä kaikilla on oikeus saada potilasasiakirjoihin merkittyjä tietoja tietoonsa. Terveydenhuollon toimintayksiköitä ovat mm. terveyskeskukset. Näin ollen, jos lastenneuvolan työntekijänä toimii terveydenhoitajan ja lääkärin lisäksi perhetyöntekijä, hän on oikeutettu lapsen hoitoon osallistuvana tätä koskeviin potilastietoihin. Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto kuuluvat terveyskeskukseen, joten niissä potilaan hoitoon osallistuvilla on oikeus saada potilasasiakirjoihin kirjattuja tietoja. Jos neuvolatyöryhmän jäsenet ovat eri hallinnollisten yksikköjen (sosiaalihuolto, terveydenhuolto, terveydenhuollon eri toimintayksiköt) työntekijöitä, kirjallinen lupa tietojen antamiseen pitää aina erikseen pyytää potilaalta tai neuvolaikäisen lapsen tapauksessa vanhemmalta tai muulta huoltajalta.

Jatkohoitotapauksessa saadaan kuitenkin suullisella suostumuksella luovuttaa potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Potilaan tai hänen laillisen edustajansa yksilöidyllä suullisella suostumuksella on lupa antaa myös yhteenveto annetusta hoidosta potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Tietojen antamisesta tehdään merkintä potilasasiakirjoihin.

Ennen kuin tietoja siis saa antaa esimerkiksi päivähoitoon, on aina pyydettävä kirjallinen lupa (liite 5). Jos vanhemmat ovat antaneet kirjallisen suostumuksen tietojenvaihtoon lastenneuvolatyöryhmän tai perhepalveluverkon työntekijöiden kesken, lapsen tutkimusta ja hoitoa varten tarvittavia tietoja voidaan vaihtaa, vaikka lastenneuvolatyöryhmän tai perhepalveluverkoston yksittäiset työntekijät eivät kuuluisi samaan toimintayksikköön. Potilas tai huoltaja voivat milloin tahansa peruuttaa suostumuksen, mikä on myös kirjattava joko suostumuslomakkeelle tai potilaskertomukseen. On toivottavaa, että päivähoidossa ja neuvolassa käytetään samaa lomaketta, jolla vanhemmat voivat antaa tietojenluovutusluvan päivähoidosta neuvolaan. Myös tässä lomakkeessa tulee määritellä, minkälaisia, kenelle, ja mitä käyttötarkoitusta varten tietoja luovutetaan.

Verkkoasiointi tulee lisääntymään, kun tietosuojaan liittyvät asiat on luotettavasti ratkaistu. Henkilön sähköiseen tunnistamiseen liittyvä lainsäädäntö kehittyi nopeasti.

Salassapitosäännösten estämättä lastensuojelulain 40§:n perusteella terveydenhuollon palveluksessa olevat ovat velvollisia ilmoittamaan sosiaalilautakunnalle ilmeisessä perhe- tai yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta, josta he ovat tehtävässään saaneet tietää. Tällöin ei tarvita vanhempien lupaa. On kuitenkin tarkoituksenmukaista keskustella asiasta vanhempien kanssa ja kertoa sosiaalitoimen mahdollisuuksista tukea ja auttaa perheitä. Myös työntekijän lakiin perustuvasta ilmoitusvelvollisuudesta on syytä kertoa.

Neuvolan lasta koskeviin asiakirjoihin voidaan ja tulee kirjata ne ja vain ne lasta ja hänen perhettään koskevat sairaus- ja sosiaaliset, perhe-suhteita sekä käyttäytymistä koskevat tiedot, joilla on merkitystä lapsen terveydentilan ja kehityksen seurannan ja arvioinnin kannalta. Esimerkiksi äidin raskauden aikainen alkoholin tai huumeiden käyttö tai raskauden aikaiset infektiot tulee kirjata, sen sijaan äidille aiemmin tehtyjä raskauden keskeytyksiä ei.

Tietoa tietosuojasta välitetään aktiivisesti perheille henkilökohtaisesti, neuvolaesitteessä, terveyskeskuksen kotisivuilla ja ilmoitustauluilla.

SUOSITUS:

Kunnassa noudatetaan neuvolatietojen luovuttamista koskevia voimassa olevia säännöksiä ja kaikki yhteistyön osapuolet ovat tietoisia sovitusta menettelytavoista. Perhepalveluverkoston jäsenille järjestetään yhteistä, moniammatillista koulutusta salassapitoa ja henkilötietojen käsittelyä koskevasta lainsäädännöstä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Parkkari J, Soikkeli M & Siira M. 2001. Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. Stakes, Helsinki.

Ranta H (toim.) 2003. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. Talentum Media, Helsinki.

Tietosuojaavaltuutetun toimisto: www.tietosuoja.fi. Asiaa tietosuojasta -sarja.

Tietoteknologian osaamiskeskus, Stakes:

www.stakes.fi/oske/tietosuoja/suoja.htm

Ylipartanen A. 2001. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Tietosanoma, Helsinki.

4

Neuvolatyön johtaminen, arviointi ja kehittäminen

4

NEUVOLATYÖN JOHTAMINEN, ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN

4.1 Neuvolatyön johtaminen

Neuvolatyön onnistuminen tarvitsee tuekseen taitavaa johtamista. Neuvolatyön johtaminen tarkoittaa neuvolatyön kehityksen ohjaamista. Tämä pitää sisällään edellytysten luomisen vaikuttavalle neuvolatyölle sekä tulevan kehityksen visioinnin ja strategisen suunnittelun. Johtamistyön perimmäisenä kohteena ovat neuvolatyön tulokset eli lapsiperheiden hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtuvat muutokset (ks. Simoila 1999). Neuvolatyön johtaminen edellyttää sitoutumista, vastuunottoa ja neuvolatyön riittävää sisällön asiantuntemusta.

Neuvolatyön johtamista on 1990-luvulla heikennetty muun muassa siten, että hoitotyön johtajien virkoja on huomattavasti vähennetty (ks. Ailasmaa 2002, Stakes 2004). Terveystenhuollon voimakkaissa supistuksissa ehkäisevä työ ja sen johtaminen ovat jääneet liian vähälle huomiolle. Neuvolatyön johtamisen tueksi ei liioin ole kehitetty riittävää välineistöä, esimerkiksi tilastointi- tai laadunarviointijärjestelmiä.

Neuvolatyön johtamisen organisointi vaihtelee kunnassa tehtyjen hallinnollisten ratkaisujen ja kunnan koon mukaan. Neuvolatyön kehittymisen ja lapsiperheiden terveyden edistymisen kannalta on olennaista, että neuvolatyön kokonaisuudesta terveyskeskuksessa vastaavat lääketieteen ja hoitotyön edustajat on selkeästi nimetty, ja heille on annettu riittävät toimintaedellytykset. Toimiessaan hyvässä yhteistyössä keskenään neuvolatyöstä vastaavat henkilöt antavat myös mallia moniammatilliselle yhteistyölle. Neuvolan hoitotyöstä vastaavalla esimiehellä ja/tai johtajalla on suositeltavaa olla terveydenhoitajan tutkinto ja ylempi korkeakoulututkinto sekä johtamiskoulutusta.

Onnistunut johtaminen perustuu vankkaan koulutukseen, tutkimusnäyttöön ja käytännön kokemuksen tuomaan jatkuvaan harjaantumiseen. Osallistava johtaminen, innovatiivinen organisaatioilmapiiri, sosiaalinen ja ammatillinen tuki, työstä ja työssä oppiminen, koulutus, uralla etene-
mismahdollisuudet ja päätöksentekovalta parantavat työtyytyväisyyttä ja hyvinvointia. Niillä on myös yhteys parempiin työtuloksiin. Oikeudenmukaisuuteen, eettisyyteen ja luottamukseen liittyvät kysymykset ovat työyhteisössä yhä keskeisempiä. Johtamisella on myös suuri merkitys moniammatillisen yhteistyön ja muun tiimityön kehittämisessä.

Neuvolatoiminnan suunnittelu on osa laajempaa kunnan lapsiperheiden hyvinvointisuunnitelmaa. Suunnitelman laatimisessa käytetään hyväksi

olemassa olevia tilasto- ja rekisteritietoja, joita saa mm. tilastokeskuksesta, Stakesin Sotka-tietokannasta, Hoitoilmoitusrekisteristä ja kuntatilastoista, Kansanterveyslaitoksen ja Kansaneläkelaitoksen tilastoista sekä kunnan omista tilastoista. Lisäksi hyödynnetään määrävälein tehtävistä erilliselvityksistä ja muista tutkimuksista saatavaa tietoa. Tietoja tarvitaan myös lasten kehitysympäristöistä, kuten kodin ongelmista (esim. avioerot, väkivalta, päihteiden käyttö) sekä päivähoitojärjestelyistä ja päivähoidon piirissä havaituista tarpeista.

Toimintakertomukseen on tarpeen sisällyttää myös lapsiperheiden hyvinvointia, hyvinvoinnin vajeita ja terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja. Tällaisia ovat esimerkiksi lasten huostaanotot ja lapsiperheiden työttömyysaste (ks. liite 6). Lasten hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita sisältäytyy Terveys 2015 -kansanterveysohjelman seurantaan muodostettavaan indikaattori-järjestelmään ja Stakesin hyvinvointi-indikaattoripankkiin (ks. myös Perttilä ym. 2003). Väestöryhmien terveyserojen seuraamiseksi tunnuslukuja on tarpeen tarkastella, milloin mahdollista, koulutus-, ammatti-, tulo- ja maahanmuuttajaryhmittäin sekä asuinalueittain. Lisäksi lukuja voi tarkastella yksinhuoltajien ja työttömien osalta.

Neuvolatoiminnan kehittämisen kannalta on välttämätöntä, että toimintasuunnitelma ja toimintakertomus toimitetaan kunnan päätöksentekijöiden tietoon kuten ao. lautakunnalle tai kunnan valtuustolle. Jotta päätöksentekijän saisi neuvolatoiminnan tilanteesta käyttökelpoista tietoa, on tarpeen käyttää mahdollisimman havainnollisia ja vertailukelpoisia lukuja, esimerkiksi indeksejä, prosentteja tai suhdelukuja.

Neuvolatoiminnan tietojärjestelmä on osa terveyskeskuksen potilasrekisterin kokonaisuutta. Tietojärjestelmiä suunniteltaessa ja kehitettäessä on otettava huomioon henkilötietolain vaatimukset.

Neuvolatoiminnasta vastaavien henkilöiden tehtäviin kuuluu myös materiaalien edellytysten turvaaminen henkilökunnalle. Tämä tarkoittaa tarkoituksenmukaisia tiloja, välineitä ja muuta materiaalia. Tiedonhankinnassa (internet, tietokannat) ja yhteydenpidossa (puhelin, sähköposti) tarvittavat välineet ovat olennainen osa hyvin toimivaa neuvolaa. Eensisijaista kuitenkin on, että johtavat henkilöt pitävät huolta siitä, että neuvolatyössä on riittävästi osaavaa henkilökuntaa (ks. luku 3.4.5).

Hyvään johtamiseen kuuluu ennakoida myös tulevaisuutta, esimerkiksi väestön tulevia tarpeita ja palvelujärjestelmän kehittymistä, sekä ryhtyä niiden pohjalta tarpeellisiin toimiin.

SUOSITUS:

Terveyskeskuksessa on nimetty neuvolatyöstä vastuussa oleva lääketieteen ja hoitotyön edustaja.

Lastenneuvolaoppaan toimeenpanon ja lastenneuvolatoiminnan kehittymisen kannalta on tärkeää, että neuvolatyön johtamisesta vastuussa olevat pitävät huolta

- oppaan tunnetuksi tekemisestä ja siinä ehdotetuista terveyskeskuksen soveltuvista käytännöistä sopimisesta ja niiden kirjaamisesta,
- kuntakohtaisten neuvolapalvelujen suunnittelusta ja koordinoimisesta sekä neuvolatyöryhmien ja muun moniammatillisen yhteistyön edellytysten turvaamisesta,
- pätevän henkilöstön hankinnasta, perehdyttämisestä, työssä pysymisestä sekä osaamisen kehittämisestä,
- neuvolatyön jatkuvan kehittämisjärjestelmän ja laatujärjestelmän luomisesta ja ylläpitämisestä,
- näyttöön perustuvan toiminnan edellytysten turvaamisesta,
- ehkäisevän työn merkityksen osoittamisesta kunnan päätöksentekijöille, ja toisaalta terveystieteellisen tiedon kanavoimisesta työntekijöille,
- neuvolatyön seurannasta ja arvioinnista, niiden edellyttämästä tiedonkeruusta ja tilastoinnista sekä tietojen välittämisestä kunnan päättävälle elimelle.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Elovainio M, Sinervo T & Pekkarinen L. 2001. Uusien työvälaineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Stakesin julkaisuja 1, Helsinki.
- Perttilä K, Koskinen S, Karvonen S, Orre S & Rimpelä M. 2003. Ehdotus kunnille lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi. Työpapereita 4. Stakes. Saatavissa Internetistä 27.1.2004: www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/
- Sinkkonen S & Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon johtajille. *Hoitotiede* 14, 129–141.
- Strömmer R. 1999. Henkilöstöjohtaminen. 3. painos. Edita, Helsinki.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. 2003. Julkaisuja 18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. *Luvussa 4.1 käsitellään hoitotyön johtamista useista näkökulmista.*
- Vahtera J, Kivimäki M & Virtanen P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä. *Selvityksiä* 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4.2 Lapsen asiakirjat

Lastenneuvolan asiakirjat ovat tärkeä osa perheen hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Niiden tehtävänä on muun muassa turvata neuvolatoiminnan yksilöllisyys ja jatkuvuus, mikä korostuu perheen muuttaessa tai työntehtäjän vaihtuessa. Riittävät ja asianmukaiset merkinnät selkiinntävät ja vahvistavat sekä perheen että neuvolassa työskentelevien oikeusturvaa. Ne myös turvaavat hoitoa koskevaa tiedonsaantia sekä edistävät luottamuksellisen yhteistyösuhteen kehittymistä. Yksi kirjaamisen tarkoitus on mahdollistaa hoidon ja palveluiden vaikuttavuuden mittaaminen. Tämä edellyttää, että pitkällä tähtäyksellä kirjaamisessa tarvittavaa terminologiaa ja sen luokittelamista kehitetään siten, että voidaan dokumentoida lapsen ja perheen tarpeet, niihin vastaamisessa käytetyt menetelmät ja toimintatavat, sekä saadut tulokset.

Dokumentointi perustuu henkilötietolakiin, lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaali- ja terveysministeriön antamiin säädöksiin. Niiden mukaan kirjaamisen keskeisiä periaatteita ovat luottamuksellisuus ja avoimuus. Pääsääntönä voidaan pitää, että vanhempien kanssa keskustellaan siitä, mitä heidän lapsestaan ja perheestään kulloinkin kirjataan. Suositeltava kirjaamistapa perustuu havaintoihin ja tiedonlähteen mainitsemiseen. Se on tarkoituksenmukaista niin lapsen kuin myös tarvittaessa työntehtäjän oikeusturvan näkökulmasta. Henkilötietolain mukaan vanhempia on aktiivisesti informoitava henkilötietojen käsittelystä ja asiakkaan oikeuksista, mm. oikeudesta nähdä oman lapsen asiakirjat.

Lapsen ja perheen terveystietojen dokumentoinnissa on käytössä useita vaihtoehtoisia tapoja. Suomen neuvoloissa käytetään Suomen Kuntaliiton kehittämiä, 1990-luvun lopussa uudistettuja lomakkeita (Larjomaa 1997). Terveyskertomuslomakkeisto sisältää perustietolomakkeen, rokotusten, kuulon ja näön seurantalomakkeet, terveydenhoitolomakkeen sekä kasvukäyrästälomakkeet. Perhetietolomakkeeseen on mahdollista kirjata tietoja muun muassa perheen voimavaroista, perheen elämänmuutoksista, terveystottumuksista ja lapsen hoitojärjestelyistä. Kaupalliset ohjelmatuottajat ovat laatineet Kuntaliiton lomakkeisiin pohjautuvia neuvolaohjelmia, joissa on kuitenkin eroja sekä alkuperäiseen että toisiinsa verrattuna.

Neurolat muun terveydenhuollon mukana siirtyvät vähitellen yhtenäisiin sähköisiin asiakirjoihin, joita kehitetään osana kansallista terveydenhuollon hanketta (Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen...2003). Tavoitteena on, että sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä käytetään yhteisesti määriteltäviä tietoja, jotka perustuvat kansallisesti hyväksytyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin. Sähköinen dokumentointi tulee tarjoamaan uudenlaisia mahdollisuuksia neuvolatyötä koskevan tiedon liikuteltavuuteen sekä toiminnan seurantaan ja kehittämiseen. On kuitenkin tarpeen pitää huolta siitä, että sähköisiä asiakirjoja kehitetään neuvolatoiminnan tarpeista käsin. Esimerkiksi on pidettävä huolta perhekohtaisten tietojen kirjaamismahdollisuudesta. Sähköisen

asiakirjan, kuten minkään muunkaan lomakkeen, täyttäminen ei saa häiritä perheen ja neuvolahenkilöstön vuorovaikutusta.

Perheen muuttaessa toisen kunnan neuvolan alueelle voidaan potilaan asiakirjoista toimittaa vanhemman suostumuksella jäljennöksiä tai antaa niitä lainaksi toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Neuvola- ja kouluterveydenhuollossa sekä hammashoidossa laaditut lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä koskevat asiakirjat voidaan kuitenkin potilaan suostumuksella toimittaa toiseen yksikköön alkuperäisinä. Lähettävän yksikön tiedostoihin tulee tällöin merkitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.

Tarvittaessa on syytä järjestää koulutusta kirjaamisen tehostamiseksi. Koulutuksen on oltava riittävän laaja-alaista, sillä joskus kirjaamisen puutteet voivat johtua kirjaamisessa tarvittavan asiasisällön, esimerkiksi perheen voimavarojen, puutteellisesta hahmottamisesta. Joskus syynä voi olla kirjaamista koskevan ohjeiston riittämätön tuntemus. Kirjaamisen laadunseurantaa voidaan toteuttaa esimerkiksi itse- ja vertaisarvioinnin keinoin työyhteisössä käytettävän laatukäsikirjan tai muun kirjaamisohjeiston mukaisesti.

SUOSITUS:

Neuvolatyön kirjaamiseen tarkoitetut lomakkeet ja sähköiset järjestelmät mahdollistavat tasokkaan lapsi- ja perhekohtaisen kirjaamisen. Neuvolatyötä johtavat henkilöt vastaavat siitä, että kaupallisille tuottajille viestittää neuvolatoiminnan dokumentointitarpeet. Työyhteisössä seurataan säännöllisesti kirjaamista ja kehitetään sitä tarvittaessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Henkilötietolaki 22.4.1999/523 HE:96/1998.

Ihalainen K, Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Laadukas kirjaaminen lastenneuvolan tavoitteeksi. *Terveydenhoitaja* 4–5, 25–27.

Larjomaa R. (toim.) 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Munnukka T. (toim) 1998. Dokumentointi hoitotyössä. *Hoitotyön vuosikirja*. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.

Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. *Opas terveydenhuollon henkilöstölle*. 2001. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. 99/2001.

Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. 2003. *Työryhmämuistioita* 38. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4.3 Tilastointi ja sen kehittäminen

Neuvolatason tiedonkeruun tulisi olla motivoitua ja systematisoitua. Tiedonkeruun menetelmien standardointi on vähäistä. Siksi tarkoituksenmukaisten lasten seurantaan soveltuvien terveydentila-, hyvinvointi-, sairaus-, ja toimintakykyluokitusten ja määritelmien kehitystyölle on selvä tarve. Yksittäisen työntekijän kannalta tiedonkeruu on tärkeää oman työn laadun arvioimiseksi ja kohdentamiseksi, ilmiön tuntemiseksi, työn tavoitteellisuuden parantamiseksi ja asiakastasolla lapsen ja perheen tilanteen seurannan helpottamiseksi. Neuvolan näkökulmasta tiedonkeruu on välttämätöntä työn organisoimiseksi ja kehittämiseksi, resurssitarpeen määrittämiseksi ja työn vaikuttavuuden seuraamiseksi. Kuntatason tiedonkeruu parantaa työn organisointia ja kehittämistä sekä helpottaa resurssitarpeista ja palvelurakenteesta päättämistä. Tiedonkeruu on tärkeä osa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden seuranta. Se antaa perusmateriaalin alueellisia vertailuja varten esimerkiksi naapurikuntien tai muiden samansuuruisten kuntien välillä (benchmarking).

Valtakunnan tasolla neuvoloista kerättäviä tietoja ja neuvolatoimintaa koskevia tietoja tarvitaan koko maan ja sen eri alueiden tilanteen kartoittamiseksi niin palveluiden tarjonnan ja järjestämisen kuin lasten ja perheiden hyvinvoinnin kannalta. Tiedot ovat tarpeen myös, jotta voidaan seurata valtakunnallisia trendejä ja tehdä tulevaisuuden skenaarioita. Myös palvelujen tasapuolinen saatavuus edellyttää tiedonkeruuta.

Tuoreissa terveystietojen kokoamista ja tilastoinnin kehittämistä koskevien työryhmien raporteissa on todettu, että lasten terveyttä ja lapsille suunnattuja palveluja koskeva tietojenkeruu on puutteellista (Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmä, lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän tilasto- ja tietojärjestelmäjaosto). Maan tietojärjestelmissä ei ole joitakin poikkeuksia lukunottamatta ajankohtaisia tietoja lasten terveydestä, sairastavuudesta ja elintavoista. Kattavat tiedot on saatavilla lasten kuolleisuudesta, erityiskorvauksista ja hoitoilmoituksista. Sosiaali- ja terveysministeriö kerää tiedot imetyksestä joka viides vuosi ja Kansanterveyslaitos rokotuskattavuudesta joka toinen vuosi.

Lapset ja lapsiperheet käyvät määräaikaaisesti neuvoloissa, jolloin runsaasti tietoja tallennetaan lapsen terveystietomukseen, mutta toistaiseksi tästä toiminnasta kertyy vähän tietoa kuntien, alueiden ja koko maan käyttöön. Kunnilla on omia tiedonkeruujärjestelmiä, mutta ne eivät toistaiseksi ole mahdollistaneet valtakunnallisia vertailuja.

Lasten terveyttä ja palveluja koskevaa valtakunnallista tiedonkeruuta on yksimielisesti ehdotettu kehitettäväksi (Sosiaali- ja terveydenhuollon..., 2003). Lasten ja lapsiperheiden peruspalveluiden tietojärjestelmää esitetään kehitettäväksi siten, että tiedot koottaisiin kuntatasolla ja kunnasta lähtisi valtakunnalliseen tiedonkeruuseen aggregoituja tietoja. Lasten terveyttä koskevia tietoja voitaisiin kerätä määrävälein toteutettavissa haastattelututkimuksissa ja terveystarkastustutkimuksissa. Lisäksi tar-

vitaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön seuranta.

Sähköisen potilaskertomuksen kehittäminen osana kansallista terveydenhuollon hanketta koskee myös lapsen asiakirjoja perusterveydenhuollossa. Tarkoituksena on saada aikaan potilasasiakirjajärjestelmien yhteiset sisältö-, rakenne- ja tiedonsiirtomääritykset sekä rakentaa terveydenhuollon tietojärjestelmien käyttöä tukeva infrastruktuuri. Vuoden 2007 loppuun mennessä kaikkien sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien tulee käyttää yhteisesti määriteltyjä rakenteisia tietoja, jotka perustuvat kansallisesti hyväksytyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin. Näiden prosessien osana määritellään olennaiset lapsen kasvua, kehitystä, mielenterveyttä, somaattista terveyttä ja lapsen perhettä sekä palveluja koskevat tietosisällöt. Stakesissa meneillä oleva avoterveydenhuollon tilastouudistus on osa em. terveydenhuollon tietojärjestelmien kokonaisuudistusta.

Kuntatasolla suositellaan tiettyjen neuvolatoiminnan muuttujien seuraamista vuosittain. Näitä ovat muun muassa neuvolapalveluiden käyttö, muiden kuin neuvolapalveluiden käyttö ja neuvolatoiminnan resurssit. Näihin tietoihin tulee sisällyttää myös tiedot alle kouluikäisten suun terveydestä. Palveluiden laatua olisi neuvola- tai kuntatasolla seurattava säännöllisesti erillisselvityksin. Samalla voidaan kerätä tietoa neuvolan työajan käytöstä erillisen tehtävänjaottelun avulla.

SUOSITUS:

Kunnat kehittävät neuvolatoiminnan seuranta ja sitä tukevaa kuntatason tiedonkeruuta siten, että tiedonkeruu tukee kunnan lapsiperheiden palvelujen kohdentamista, kehittämistä ja resursointia. Kunnat varautuvat valtakunnallisiin tilastointiuudistuksiin.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti. 2003. Työryhmämuistioita 37. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. 2003. Väestön terveydentila -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 36. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. 2003. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 21. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. 2003. Työryhmämuistioita 38. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4.4 Laadun arviointijärjestelmä

Neuvolaan on tarpeen kehittää sen toiminnasta monipuolista palautetta antava laadun seuranta- ja arviointijärjestelmä. Tämä edellyttää laatutyökentelyn ja laadunhallinnan periaatteiden omaksumista ja juurruttamista työyhteisöön. Neuvolatyön laadulla ymmärretään niiden ominaisuuksien kokonaisuutta, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset (ks. Rousu & Holma 1999). Näin ollen laadun arviointi antaa tietoa siitä, miten neuvola on saavuttanut sille asetetut tavoitteet ja täytäntänyt muut siihen kohdistetut odotukset. Tämä tieto on hyödyllistä niin perheiden, neuvolatyöntekijöiden ja johdon, kuin terveyskeskuksen päätöksentekijöiden näkökulmasta. Neuvolatyön laadusta kertova tieto on tärkeää myös valtakunnan tason ohjauksen ja resursoinnin kannalta. Laadun seuranta liittyy läheisesti tieto- ja tilastointijärjestelmiin ja niiden kehittyneisyyteen. Myös työntekijöiden on tarpeen saada helposti, esimerkiksi internetin kautta, käyttöönsä ajantasaisia toimintatietoja ja muuta tietoa, joka on sovittujen toimintalinjausten mukaista.

Työyhteisön näkökulmasta laadunhallinta työpaikoilla voi tarkoittaa seuraavia asioita (esim. Rousu & Holma 1999):

- jokainen tietää, mikä on oman organisaation ja työyksikön tehtävä ja tarkoitus,
- tiedetään oma asiakaskunta ja tunnetaan heidän odotuksensa ja tarpeensa,
- on sovittu tavoitteet ja toimintalinjat myös työn ja palvelujen laatua ajatellen,
- on luotu edellytykset sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi (esim. riittävä osaaminen, riittävä määrä työntekijöitä palvelutarpeeseen nähden),
- työ on tehty näkyväksi itselle ja muille, jotta voidaan analysoida ja arvioida tehdäänkö oikeita asioita ja mitä pitäisi vielä kehittää,
- palvelutarpeisin perustuen on määritelty, millaisia palveluja tarjotaan, ja mikä on annettavien palvelujen tarkempi sisältö,
- sovittujen tavoitteiden ja sovitun laatutason saavuttamista sekä kustannuksia seurataan ja arvioidaan jatkuvasti tilastojen, palautteiden ja muiden arviointien perusteella,
- ollaan valmiita korjaamaan ja muuttamaan toimintaa saadun arviointitiedon pohjalta.

Laadun arviointia ja laadunhallintaa varten on kehitetty lukuisia menettelytapoja ja järjestelmiä. Niiden työstäminen tai etsiminen edellyttää vaivannäköä ja yhteistä sopimista, mutta toimivasta laatujärjestelmästä on paljon hyötyä kaikille osapuolille. Yleensä on todettu eduksi, että järjestelmä on riittävästi 'alhaalta ylös' -suuntautunut, ei pelkästään 'ylhäältä alas'. Laatujärjestelmä voi kohdistua yksittäisiin henkilöihin tai

esimerkiksi koko työyhteisöön. Esimerkki jälkimmäisestä on ITE-työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä, jonka avulla työyhteisö voi seurata omaa kehitystään (Holma 2003). Vertaisarviointimenettelyt voivat olla työyksikön sisäisiä tai esimerkiksi neuvoloita toisiinsa vertailevia (nk. benchmarking).

Joissakin kunnissa on kehitetty laatujärjestelmiä myös neuvolaa varten. Esimerkiksi Martinlaakson neuvolassa Vantaalla on kehitetty laatujärjestelmä aluksi terveydenhoitajan, myöhemmin myös lääkärin palveluita varten. Laatujärjestelmään kuuluu laatukäsikirja, laatupolitiikka, sisäinen auditointi, asiakaspalautejärjestelmä, kaksi kertaa vuodessa tehtävä johdon katselmus sekä tulos- ja kehityskeskustelut. Laatujärjestelmässä kuvataan, miten neuvolapalveluita johdetaan ja resursseja hallitaan, miten tuotteet toteutetaan ja miten tuloksia mitataan, analysoidaan ja parannetaan. Lisäksi siinä kuvataan palveluprosessit, keinot osaamisen ylläpitämiseksi sekä konkretisoidaan sovitut arvot. Palveluille on asetettu asiakkaiden arvioitavissa olevat hyväksymiskriteerit. Asiakaspalautteeseen kuuluu palautelaatikko, vastaanotolla kirjattavat havainnot sekä joka toinen vuosi tehtävä laaja asiakastyytyväisyyskysely. Neljän vuoden kehitystyö on tuottanut hyviä tuloksia kaikkien osapuolten näkökulmasta. (Salo-Jokinen 2002.)

Luotettavan tiedon saamiseksi järjestelmän pitäisi tarkastella laatua riittävän monesta näkökulmasta ja monelta tasolta. Neuvolaan on tarpeen kehittää nimenomaan neuvolaan kohdistuva asiakaspalautejärjestelmä. Nykyisin käytössä olevat organisaatiolähtöiset asiakastyytyväisyyskyselyt antavat niukasti neuvolaa koskevaa tietoa. Neuvolan asiakaspalautejärjestelmän avulla olisi mahdollista tehdä asiakkaiden odotuksiin ja kokemuksiin perustuvia alueellisia vertailuja ja kehittää toimintaa sovittujen linjausten mukaisesti. Lisäksi on tärkeätä asettaa mitattavia tavoitelukuja, seurata niiden toteutumista ja kehittää toimivat mekanismit nk. laatupoikkeamiin eli todettuihin epäkohtiin puuttumiseksi. Sovitaan esimerkiksi, että jokaiseen asiakaspalautteeseen vastataan.

Koska neuvolan arvokeskustelu lähtee kunnan arvoista, kunnanhallituksella ja -valtuustolla on tärkeä tehtävä palveluiden tuottamista koskevien periaatteiden täsmentämisessä. Terveystoimen johdon tehtäviin kuuluu terveyskeskuksen laatupolitiikan luomisesta huolehtiminen. Kunkin toimipisteen työntekijät konkretisoivat omassa työssään kunnan laatupolitiikkaa.

SUOSITUS:

Jokaiseen neuvolaan kehitetään osana terveyskeskuksen laadun seurantaa monipuolinen laatujärjestelmä, joka sisältää vähintään systemaattisen asiakaspalautteen antamisen ja sen hyödyntämisen, toimivien asiakasprosessien kuvaukset, henkilöstön itse-, vertais- ja esimiesarvioinnit sekä muut työyhteisöä ja johtoa koskevat menettelytavat.

Laadunseurantajärjestelmän kehittämisen perustaksi käydään arvo-keskustelua. Sovitaan neuvolatyötä ohjaavista periaatteista ja siitä, miten periaatteet konkretisoituvat käytännössä ja kuinka niiden toteutumista seurataan (mitattavat tavoiteluvut mahdollisimman monelle asialle). Laatupolitiikan perusteet lähtevät kunnan arvoista ja kuntalaisten toiveista.

Laadunhallintajärjestelmästä kerätty tieto viedään terveystoimen johdolle, joka välittää tiedot kunnallisille päättäjille vähintään toimintakertomuksessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Outinen M, Lempinen K, Holma T & Haverinen R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus, Helsinki.
- Rousu S & Holma T. 1999. Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön. Toimintamalleja ja työvälineitä kuntien sosiaalitoimistojen laatutyöhön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. *Antaa monipuolista ja yleistä tietoa laatutyöskentelystä, jota voidaan hyvin soveltaa neuvolatoimintaan.*

4.5 Näyttöön perustuva toiminta ja paikallinen kehitystyö

Oman työn kehittäminen on osa jokaisen terveydenhuollossa toimivan työtä, sillä asiakaskunnan tarpeet muuttuvat, ja tulee uutta tietoa vaikuttavista toimintamenetelmistä ja -muodoista. Myös jatkuva palaute- ja muu laadunseurantatieto, esimerkiksi vanhemmilta saatava palaute, antaa tietoa neuvolatyön kehittämisen pohjaksi.

Näyttöön perustuva toiminta

Terveydenhuollossa on tavoitteena parantaa toiminnan vaikuttavuutta (esim. Terveyttä ja hyvinvointia...2003). Tämä edellyttää, että käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon eli näyttöön. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tiedon tarkkaa, arvioitua ja punnittua käyttöä yksittäisen asiakkaan, asiakasryhmän tai väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Mäkelä 2000). Paras tieto on peräisin useista tasokkaista tutkimuksista, joissa menetelmiä ja niiden vaikuttavuutta on arvioitu. Usein tutkimukset on tehty muualla maailmassa ja erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Tulokset eivät välttämättä ole suoraan sovellettavissa muihin järjestelmiin. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa vaihtoehtojen toimintojen haitat ja hyödyt punnitaan. Tämä edellyttää luotettavan tiedon erottamista epäluotettavasta (kriittinen arviointi) ja mahdollisuutta saada ajantasaista tietoa nopeasti käyttöön. Näyttöön perustuvassa toiminnassa otetaan huomioon näytön lisäksi myös asiakkaan tilanne ja organisaation voimavarat.

Neuvolatyössä käytettävistä menetelmistä on olemassa eri asteista näyttöä. Vahvimpana näyttönä pidetään meta-analyyseista ja systemoiduista katsauksista saatavaa näyttöä. Tällainen tieto on arvioitua ja se esitetään tiiviissä muodossa. Hoitosuositukset ovat esimerkkejä tiiviistä ja arvioidusta tiedosta, joka on saatettu käyttäjäystävälliseen muotoon. Tällaisia ovat mm. Käypä hoito -suositukset. Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen hankkeen tavoitteena on laatia Suomeen soveltuvia hoitosuosituksia. Monet näistä suosituksista soveltuvat neuvolatoiminnassa käytettäväksi.

Käypä hoito -suositukset

- ovat valtakunnallisia hoitosuosituksia
- tarkoitus parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua
- tiiviitä, helppolukuisia, helposti saatavissa (www.duodecim.fi)
- tukevat lääkärin ja terveydenhoitajan työtä
- perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia
- esimerkkejä suosituksista: tupakoinnista vieroitus, lasten ja nuorten syömishäiriöt, astman hoito, äkillinen välikorvatulehdus

Hoitotyön suosituksia laaditaan Suomen sairaanhoitajaliiton 'Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin' -hankkeessa (Suomen sairaanhoitajaliitto 2004). Myös kotikäyntien, varhaisen vuorovaikutuksen, imetysohjauksen ja pienryhmien merkityksestä on kertynyt luotettavaa tietoa. Usein joudutaan kuitenkin tyytymään vaatimattomampaan näyttöön. Tutkimustiedon puuttuessa tai sitä täydentämään kannattaa käyttää tilastoista ja toiminnan arvioinneista saatavaa tietoa. Monessa tapauksessa asiantuntijoiden yhdessä sopima toimintatapa edustaa parasta mahdollista näyttöä. Se on joka tapauksessa verrattomasti parempi kuin yksittäisen työntekijän julkilausumattomaan rutiiniin perustuva tapa.

Koska tietoa myös puuttuu paljon, tarvittaisiin neuvolatyön vaikuttavuudesta suomalaista pitkäjänteistä tutkimusta. Neuvolassa käytettävien menetelmien vaikuttavuuden arviointia voidaan pääsääntöisesti pitää kansallisen tason tehtävänä. Kuitenkin jokaisella neuvolatyötä johtavalla ja neuvolatyötä tekevällä on vastuuta oman työnsä laadusta ja neuvolatoiminnan kehittämistä.

Näyttöön perustuva toiminta työyhteisössä edellyttää suotuisan asenneilmapiirin kehittämistä, riittävien valmiuksien takaamista, tarkoituksenmukaista työnjakoa sekä tarvittavaa välineistöä kuten kirjallisuutta, tietokoneita internet-yhteyksin, tietokantoja ja oikeuksia eräisiin maksullisiin kotisivuihin (Perälä 1999). Uuden tiedon seuraamiseen tarvitaan järjestelmä. Näyttöön perustuva toiminta on tulevaisuuden suunta, sillä isät ja äidit osaavat entistä enemmän kysyä, mihin neuvolan ohjeet tai käytetyt toimintatavat perustuvat. Neuvolassa työskentelevät tarvitsevat koulutusta näyttöön perustuvaan toimintaan.

Muu kehitystyö

Parhaimmillaan kehitystyö on luonteva osa omaa työtä ja paikallista organisaatiokulttuuria. Sille on luotu pysyvät rakenteet, joita tuetaan johtamisen keinoin. Oman työn kehittäminen edellyttää avointa ja reflektointia suhtautumista omaan työhön. Tätä voidaan edistää pysyvin arviointikäytäntein, esimerkiksi itsearvioinnin, vertaisarvioinnin ja esimiesarviointien avulla.

Paikalliseen kehitystyöhön on monia keinoja. Usein kehitystyö on organisoitu projekteiksi, jotka ovat eräs keino kehittää toimintaa työyhteisössä. Neuvolatoimintaa koskevia hankkeita on tehty 1990-luvulla lukuisia (ks. Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2001). Hankkeiden hyödyntämiseksi on niitä koskeva tieto, mielellään arviointitieto, tehtävä helposti saatavaksi. Vastuuhenkilöiden ja työryhmien nimeämisestä sekä määrätietoisesta ja suunnitelmallisesta kehittämisteemojen työstämisestä ja niihin liittyvien toimintatapojen kokeilusta voi olla hyötyä. Neuvolatoimintaa koskevan uuden tiedon seuraamisesta on myös tarpeen sopia työyhteisössä. Säännöllinen koulutus, työkierto, ajan tasalla oleva kirjasto, kehittämistä koskevat keskustelut kuukausikokouksissa tai vastaavissa, opintokäynnit sekä esimies-alaiskeskustelut antavat myös virikkeitä neuvolatyön kehittämiseen (Strömmer 1999).

Useat järjestöt ja organisaatiot kehittävät neuvolaa hyödyttäviä aineistoja ja toimintamuotoja, joten niiden tuotantoa kannattaa aktiivisesti seurata. Tällaisia organisaatioita ovat muun muassa Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen Kuntaliitto, Väestöliitto, Lastensuojelun Keskusliitto, Ensi- ja turvakotien liitto, Suomen Mielenterveysseura, Stakes, Kansanterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Tärkeää neuvolaa koskevaa tutkimus- ja kehittämistyötä tekevät myös yliopistot, esimerkiksi hoitotieteen laitokset ja lääketieteelliset tiedekunnat, Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikkö, sekä ammattikorkeakoulut. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on toiminut Seksuaaliterveyden osaamiskeskus vuodesta 1996. Lääkäri-seura Duodecimin ylläpitämän Terveysportin kautta saa niinikään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa. On tärkeä huolehtia siitä, että myös terveydenhoitajat pääsevät työasemaltaan Terveysporttiin, jonka käyttöoikeudet on hankittu lähes kaikkiin Suomen terveyskeskuksiin. Edellä mainittujen organisaatioiden kotisivujen osoitteita on koottu liitteeseen 7.

Vuonna 2002 Kuopioon perustetun Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen tehtävänä on koota, arvioida ja tiivistää neuvolatyötä koskevaa tietoa ja saattaa se helposti tavoitettavaan muotoon, kehittää ja arvioida neuvolatyössä käytettäviä toimintatapoja sekä kehittää neuvolatyötä tekevien osaamista ja arviointikäytäntöjä. Keskus organisoii vuosittaiset neuvolapäivät, tekee neuvolatyötä koskevia selvityksiä ja ylläpitää neuvolatutkijoiden ja kehittäjien verkostoa. Tavoitteena on, että neuvolakeskuksen kotisivut toimivat tulevaisuudessa neuvolatyön tietokeskuksena.

SUOSITUS:

Neuvolatyössä käytettäviä menetelmiä ja toimintatapoja arvioidaan mahdollisuuksien mukaan. Seurataan aktiivisesti uutta tietoa vaikuttavista menetelmistä ja toimintatavoista (esim. FinOHTA ja Impakti-lehti, Cochrane-kirjasto, Käypähoito- ja hoitotyön suositukset).

Paikallinen kehitystyö on organisoitua, suunnitelmallista ja jatkuvaa, ja siihen on nimetty vastuuhenkilöt. Kehittämistyö perustuu perheiden tarpeiden seuraamiseen ja laadunseurannasta saatava tiedon hyödyntämiseen. Kehittämistyötä tuetaan johtamisella ja se on sisällytetty neuvolatyön laatujärjestelmään.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Hoitotyön vuosikirja 2001. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö. Hygieia, Tammi, Helsinki.

Impakti. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön FinOHTAn lehti. Saatavissa osoitteesta www.stakes.fi/finohta. *Lehti sisältää tietoa vaikuttavista toimintatavoista ja menetelmistä.*

Miettinen S (toim.) 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY, Helsinki.

Näkökulmia lääketieteellisistä tutkimuksista lapsilla. 2003. Valtakunnallisen Eettisen neuvottelukunnan asettaman työryhmän loppuraportti. Helsinki.

Partanen P & Perälä ML. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAn raportteja 8. Stakes, Helsinki.

4.6 Täydennyskoulutuksen kehittäminen

Oppaassa esitettyjen ehdotusten toteuttaminen edellyttää riittävän täydennyskoulutuksen järjestämistä neuvolahenkilöstölle. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä vuonna 1994 annetun lain mukaisesti. Vuoden 2004 alusta tulivat voimaan kansanterveyslain (992/2003) ja erikoissairaanhoidonlain (993/2003) muutokset, jotka täsmentävät terveydenhuollon työntekijän ja työnantajan täydennyskoulutusta koskevia velvoitteita. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (1194/2003) säädettiin tarkemmin täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. Näitä säädöksiä täydentää terveydenhuollon valtakunnallinen täydennyskoulutussuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Täydennyskoulutussuosituksen tarkoituksena on ohjata suunnitelmallisen ja pitkäjänteisen täydennyskoulutuksen kehittämistä terveyskeskuksissa ja sairaaloissa organisaation perustehtävän ja toiminnan kehittämisen sekä työntekijöiden osaamistarpeiden mukaisesti.

Yleistä täydennyskoulutuksen järjestämisestä

Vastuu täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja rahoittamisesta on työnantajalla. Työntekijän vastuulla on oman täydennyskoulutustarpeen arviointi sekä osallistuminen omaa työtä ja organisaatiota palvelemaan koulutukseen. Uusien suositusten mukaan täydennyskoulutuksen suunnittelu, järjestäminen ja seuranta liittyvät kiinteästi organisaation strategiiseen johtamiseen ja laadunhallintaan. Suosituksissa kiinnitetään erityistä huomiota täydennyskoulutuksen kehittämiseen perusterveydenhuollossa sekä korostetaan alueellista ja seudullista yhteistyötä koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Koulutuksen toteutumista ja siihen osallistumista seurataan osana toimintayksikön seurantajärjestelmiä. Täydennyskoulutuksen arvioinnilla tuetaan koulutuksen kehittämistä.

Jotta neuvolassa toimivien osaamis- ja koulutustarpeiden arviointi olisi systemaattista, tarvitaan apuvälineitä. Tällainen on esimerkiksi Helsingin terveyskeskuksessa kehitetty lastenneuvolan ydinosaamisen osaamiskartta. Kartan avulla voidaan arvioida osaamisen taso ja laatia sen perusteella yksilö-, ryhmä- tai organisaatiokohtainen kehitys- ja koulutussuunnitelma. (Ks. myös Strömmer 1999). Henkilökohtaisten (kehitys)portfolioiden ja kehityskeskustelujen lisäämisellä voidaan tehostaa täydennyskoulutuksen yksilöllistä suunnittelua ja seurantaa sekä tukea henkilökohtaista urakehitystä.

Täydennyskoulutus toteutetaan terveyskeskusten omana toimintana tai hankitaan ulkopuolisilta koulutusorganisaatioilta. Näitä ovat yliopistot ja ammattikorkeakoulut sekä näiden avointa koulutusta antavat yksiköt, alan ammatilliset ja tieteelliset järjestöt ja muut tahot. Etenkin pienet terveyskeskukset hyötyvät alueellisesta ja seudullisesta koulutusyhteistyöstä muiden terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin kanssa. Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus järjestää vuosittain oppaan tavoitteita edistävät valtakunnalliset neuvolapäivät ja osallistuu täydennyskoulutuksen kehittämiseen. Koulutuksen toteuttamisessa suositaan pidempiä koulutuskokonaisuuksia ja hyödynnetään aikuiskoulutukseen ja etäopiskeluun soveltuvia oppimismenetelmiä kuten vuorovaikutteisia ja yhteistoiminnallisia oppimismenetelmiä sekä erilaisia verkko-opetuksen sovelluksia.

Hyvään täydennyskoulutukseen kuuluu seuranta ja arviointi. Koulutuksen toteutumista ja siihen osallistumista voidaan seurata esimerkiksi henkilöstöraportoinnin ja sähköisen täydennyskoulutusrekisterin avulla. Niihin kootaan tietoa uudesta koulutustarjonnasta, henkilöstön koulutukseen osallistumisesta ja kustannuksista. Rekistereitä voidaan hyödyntää myös yksittäisen työntekijän täydennyskoulutuksen ja osaamisen kehittymisen seurannassa sekä kehityskeskustelujen tukena. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä voidaan kehittää liittämällä terveyskeskuksen täydennyskoulutusseuranta osaksi sairaanhoitopiirin ylläpitämää rekisteriä. Täydennyskoulutuksen arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, mitä uusia tietoja, taitoja ja asenteita on opittu, mikä

vaikutus opitulla on työsuoritukseen sekä mitä hyötyä opitusta on lapsiperheille. On tärkeää, että koulutettavat ovat mukana sekä koulutuksen suunnittelussa että arvioinnissa.

Täydennyskoulutuksen sisältö

Täydennyskoulutusta tarvitaan monien sisällöllisten ja menetelmällisten valmiuksien päivittämiseksi ja kehittämiseksi. Tärkeitä aihepiirejä ovat luvuissa 15 ja 16 mainitut erityistilanteet sekä parisuhteen tukeminen ja seksuaalisen terveyden edistäminen. Lisäksi tarvitaan koulutusta tieto- ja viestintätekniiseen osaamiseen, laadun ja kustannusten hallintaan, kehittämishankkeiden käynnistämiseen sekä näyttöön perustuvaan toimintaan. Tehtäväkuvien muutokset tuovat myös lisäkoulutustarvetta. Lisäkoulutusta tarvitaan työelämästä pitkään poissaolleille ja sinne palaaville terveydenhoitajille ja lääkäreille. Terveydenhoitajan ja lääkärin saama peruskoulutus antaa lähtökohdat täydennyskoulutuksen suunnittelulle ja osaamisen päivittämiselle (liite 8).

Kaikille neuvolatyötä tekeville lääkäreille tarvitaan heille suunnattua täydennyskoulutusta. Suositellaan, että lääkäreille suunnitellaan 2–3 päivän tiivis koulutus neuvolaoppaan keskeisistä sisällöistä.

Varhaisen vuorovaikutuksen koulutusta ja täydennyskoulutusta suositellaan kaikille neuvolatyössä toimiville terveydenhoitajille ja myös mahdollisimman monelle lääkärille. Joillakin paikkakunnilla on saatu erityisen hyviä kokemuksia tämän koulutuksen järjestämisestä moniammatilliselle ryhmälle. Ryhmä on koostunut terveydenhoitajista sekä päivähoidon ja sosiaalityön edustajista. Yhteinen koulutus edistää toisten työn tuntemista ja arvostamista, yhteisten tavoitteiden tunnistamista ja toimintakäytännöistä sopimista. Näin se edistää yhteistyön toimivuutta ja sujuvuutta ja luo pohjaa verkostotyyppiselle yhteistyölle.

Moniammatillisen yhteistyön tehostamiseksi on tarpeen järjestää yhteistä koulutusta koko neuvolatyöryhmälle. Keskeisiä yhteistyötä edellyttäviä erityistilanteita ovat päihde- ja mielenterveysongelmaisten lapsiperheiden auttaminen.

Terveydenhoitajien imetystietämystä lisätään imetysohjaajakoulutuksen avulla. Sen avulla voidaan parantaa äitien imetysvalmiutta ja -tietämystä.

Varhaisen puuttumisen tehostamiseksi suositellaan, että osa neuvolas-
sa työskentelevistä osallistuu Varhaisen puuttumisen -hankkeen (Varpu) järjestämään moniammatilliseen kouluttaja-koulutukseen. Suositeltavaa on myös tutustua tulossa oleviin materiaaleihin, kuten varhaisen puuttumisen käytäntöjä ja puheeksi ottamista käsitteleviin oppaisiin.

Kaikki terveydenhoitajat tarvitsevat koulutusta perhehoitotyöhön. Tähän sisältyvät terveyden edistämisen uudistuneet työmenetelmät, mm. voimavaralähtöinen työote, dialogi sekä videoavusteiset ja muut vuorovaikutteiset menetelmät. Vertaisryhmien järjestämisen ja vetämisen edistämiseksi tarvitaan tähän valmiuksia antavaa koulutusta. Oppaassa

esiteltyjen lomakkeiden käyttö edellyttää aikaisemmasta tietoperustasta riippuen lisäkoulutusta.

Oppimisvaikeuksia, niihin liittyviä laaja-alaisia ongelmia ja näiden ehkäisyä ja tunnistamista käsittelevää tietoa tulee sisällyttää kaikkien lasten kanssa työskentelevien ammattiryhmien perus- ja täydennyskoulutukseen.

SUOSITUS:

Lastenneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille ja lääkäreille suunnitellaan monimuotoisesti toteutettava täydennyskoulutusohjelma, josta osa suunnataan moniammatilliselle tiimille.

Neuvolassa työskentelevät osallistuvat vuosittain täydennyskoulutukseen toiminnan kehittämisen ja yksilöllisesti arvioitujen koulutustarpeiden mukaisesti.

Neuvolatyötä johtaville henkilöille järjestetään moniammatillista johtamisen täydennyskoulutusta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjatun harjoittelun työkirja. 2001. Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen täydennyskoulutussuositus. 2004. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

4.7 Työnohjaus

Työ lastenneuvolassa on ehkäisevää mielenterveystyötä perheiden parissa. Se on myös vaikeiden asioiden, kuten väkivallan ja päihdeongelmien havaitsemista, esille ottamista ja niihin puuttumista. Työssä kiinnitetään huomiota ihmissuhteissa esiintyviin pulmiin, kuten vanhempien ja lasten kiintymyssuhteen ongelmiin. Työ perustuu työntekijän omiin vuorovaikutustaitoihin ja persoonallisuuteen ammatillisten tietojen ja taitojen lisäksi. Siinä käsitellään asioita, jotka liittyvät toisen ihmisen ihmisyyteen. Kyse on niin ollen hyvin herkistä asioista: taitamattomasta työstä voi olla myös haittaa.

Työnohjauksella tarkoitetaan oman alan kokeneemman työntekijän tai ihmissuhdealan asiantuntijan antamaa säännöllistä ja prosessiluonteista ohjausta ja tukea oman työn arvioinnissa, työongelmien erittelyssä sekä tarvittavien toimenpiteiden suunnittelussa. Työnohjausta tarvitaan erityisesti tehtävissä, joissa asiakas-potilassuhteiden käsittely on keskeisellä sijalla (Paunonen-Ilmonen 2001).

Työnohjauksen tavoitteena on nostaa hoidon laatutasoa. Työnohjaus ei ole työntekijän henkilökohtaista hoitoa, vaan työnohjauksessa käsiteltävät asiat liittyvät laajasti ottaen aina työhön. Työnohjauksen tulee koitua lapsen

perheen eduksi, parantaa lapsen hoitoa ja lisätä ohjattavan kykyä ymmärtää ja auttaa lasta. Työnohjaus tähtää siihen, että ohjattava löytää työskentelytavan ja ammattiroolin, joka parhaiten auttaa lasta ja perhettä. Tavoitteena on työntekijässä tapahtuva muutos- ja kehitysprosessi: itsenäistyminen, omien kykyjen ja rajoitusten tuntemaan oppiminen sekä kehittyminen työntekijänä ja ihmisenä (Niskanen ym. 1988). Työnohjaus auttaa siten työntekijää säilyttämään objektiivisuutensa ja empatiakykynsä. Työnohjaus, joka tarjoaa mahdollisuuden kehittää omaa työtä, on myös työntekijän loppuunpalamista ehkäisevää toimintaa.

Työnohjaus on tuloksellisen lastenneuvolatyön edellytys. Työnohjaukseen ei voi pakottaa ketään, mutta työnantajan tulee järjestää mahdollisuus siihen. Harvakseltaan kokoontuva ryhmätyönohjaus on minimivaatimus. Yksilötyönohjauksen tarve tulee harkita henkilö- ja tilannekohtaisesti.

SUOSITUS:

Kaikilla lastenneuvolatyössä toimivilla on mahdollisuus osallistua säännölliseen työnohjaukseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Niskanen P, Sorri P & Ojanen M. 1988. Auta auttamaan – käsikirja työnohjauksesta. WSOY, Juva. *Vanha perusteos, jossa terveydenhuollon työnohjaus on kuitenkin selitetty yksityiskohtaisesti ja ymmärrettävästi.*
- Paunonen-Ilmonen M. 2001. Työnohjaus. Toiminnan laadunhallinnan varmistaja. WSOY, Helsinki. *Kirjassa esitellään mm. SUED-malli (lyhenne sanoista succeed, supervision ja education). Mallin perusajatuksena on työnohjauksen ja toimipaikka- ja täydennyskoulutuksen yhdistäminen työhön sisältyväksi jatkuvaksi prosessiksi, jonka tavoitteena on henkilöstön tukeminen ja työn kehittäminen.*

4.8 Työntekijän vaihtuminen ja perehdytys

Työ neuvolassa perustuu luottamukseen, jatkuvuuteen ja viime kädessä kunkin neuvolatyöntekijän oman persoonan käyttöön. Työntekijän vaihtumiseen voi perheiden näkökulmasta liittyä pulmia. Siksi lähtökohtana on vakituinen neuvolahenkilökunta ja sijaisten käyttö vain poikkeustapauksissa. Neuvolavastuuseen soveltuvat sellaiset lääkärit, jotka sitoutuvat tähän työhön. Pysyvä henkilökunta on tärkeä henkilöstöpoliittinen tavoite (ks. luku 4.1 Neuvolatyön johtaminen). Työntekijän vaihtumisen vaikutuksia voidaan lieventää erilaisin keinoin. Perheen kanssa voidaan järjestää tapaaminen, jossa mukana ovat sekä uusi että vanha työntekijä. Tällaista menettelyä suositellaan etenkin erityistukea tarvitsevien perheiden kohdalla.

Työyhteisössä tarvitaan ainakin kahdenlaista perehdytystä: a) uuden, mutta jo kokeneen työntekijän sekä b) vastavalmistuneen työntekijän. Vastavalmistuneen työntekijän perehdyttämiseen sisältyy myös työn

sisältöön perehdyttäminen, mikä on aikaa vievää ja vaativaa. Kokenut työntekijä, joka vaihtaa työpaikkaa, tarvitsee tietoa pikemminkin asiakunnasta, työyhteisöstä, paikkakunnasta ja käytännön järjestelyistä kuin itse neuvolatyöstä. Perehdyttämisellä on tärkeä merkitys uudelle työntekijälle, koko työyhteisölle, mutta ennen kaikkea perheille. Kyse on myös toiminnan turvallisuudesta ja laadusta.

Terveydenhoitajan perehdytyksestä vastaa (perehdytysuunnitelman mukaan) johtava hoitaja ja/tai neuvolasta vastaava terveydenhoitaja, lääkärin perehdytyksestä neuvolatyöstä vastaava lääkäri. Ideaalista olisi, että pois lähtevä työntekijä olisi mukana perehdyttämässä seuraajansa. Perehdytyksessä käydään systemaattisesti läpi niin neuvolatoiminnan yleiset ohjeet kuin myös paikkakunnalle erityisesti sovelletut ohjeet. Uuden terveydenhoitajan on tarpeen tutustua asiakkaidensa asiakirjoihin. Tämä on tärkeää erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joiden kanssa aiempi työntekijä on tehnyt lähikuukausina erityistyötä. Perehdytysvaiheen jälkeen on suositeltavaa, että uusilla työntekijöillä on mahdollisuus konsultointiin ja neuvonpitoon.

Myös uusi lääkäri pitää perehdyttää neuvolatyöhön ja siihen liittyvään moniammatilliseen yhteistyöhön.

SUOSITUS:

Terveyskeskuksessa on toimiva perehdytysohjelma ja jokainen uusi työntekijä perehdytetään neuvolatyöhön yksilöllisesti.

4.9 Neuvolatyön kustannukset

Alle kouluikäisen lapsen ja hänen perheensä terveyden edistäminen neuvolassa on saatavilla olevien tietojen perusteella kustannuksiltaan hyvin edullista. Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolatyötä koskevassa tuotteistuspilotissa kustannuslaskenta perustui toimintanalyysiin ja ajankäytön seurantaan (Tuotteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa 2003). Kuopion melko supistetussa toimintamallissa lastenneuvolaiän ajan jatkuneen seurannan keskimääräinen hinta perusterveydenhuollossa vuonna 2002 oli noin 600 euroa. Hintaan kuuluivat perusohjelman mukaiset käynnit, joihin sisältyi 12 neuvolakäyntiä terveydenhoitajan luona, yksi terveydenhoitajan kotikäynti vastasyntyneen luona ja kolme lääkäriä käyntiä. Lisäksi perhevalmennus perhettä kohden maksoi noin 150 euroa. Hintoihin on laskettu palkat, hallinnolliset kulut, vuokrat, matkakulut, koulutuksesta aiheutuvat kustannukset ja muut kulut kuten materiaali- ja kalustehankinnoista syntyvät kulut.

Vantaan terveyskeskuksessa neuvolapalveluja on tuotteistettu 2–3 vuoden ajan. Vuonna 2001 maksoi 15 äitiys- ja lastenneuvolakäynnin kokonaisuus, kotikäynnit mukaan luettuina, terveydenhoitajan osalta

630 euroa. Lääkärintutkimukset puuttuvat tästä summasta. Kyseessä on todellinen hinta, johon on laskettu kaikki palkka-, matka- ja tilakulut sekä ns. yhteiset kulut. Tornion terveystieteiden keskuksessa on laskettu, että 13 käyntiä terveydenhoitajan luona, kolme käyntiä lääkärin luona ja yksi kotikäynti vastasyntyneen luokse maksaa noin 720 euroa. Turun terveystieteiden keskuksessa lapsen neuvolakäyntien kokonaisuuden hinta vuonna 2002 oli noin 660 euroa. Siihen sisältyivät terveydenhoitajan ja lääkärin palkat, kiinteistökulut, atk, puhelin, jakomateriaali sekä tilaukset apteekista ja keskusvarastosta. Itä-Suomessa vuonna 2003 tehdyn neuvolaselvityksen mukaan äitiys- ja lastenneuvolapalvelut oli tuotteistettu Kuopion lisäksi kahdessa ja neuvolakäyntien hinnat laskettu kuudessa kunnassa tai kuntayhtymässä neljästäkymmenestä (Varjoranta ym. 2004).

Lapsiperhe-projektissa tehtiin laskelmia ennalta ehkäisevän työn, muun muassa perhetyöntekijän kustannuksista (Häggman-Laitila ym. 2001). Perhetyöntekijän perhekohtainen tuki maksoi erityistukea tarvitsevaa perhettä kohden keskimäärin 1 680 euroa. Ryhmäkohtainen tuki maksoi osallistujaa kohden noin 200 euroa. Perhetyöntekijät tapasivat perheitä keskimäärin 13.5 kertaa (vaihteluväli 1–78) ja työskentelivät heidän kanssaan keskimäärin 29 tuntia (vaihteluväli 1–320 tuntia). Keskimääräinen tuntihinta oli noin 50 euroa. Lapsiperhe-projektin sisäisen ja ulkoisen arvioinnin tuloksena oli, että perhetyöllä ehkäistiin 4–6-kertaisten vaihto-etoiskustannusten syntyminen.

Neuvolassa käynnit ja perhevalmennus ovat kustannuksiltaan varsin edullisia. Kalleinta toimintamuotoa edustavat kotikäynnit. Esimerkiksi kotikäynti vastasyntyneen perheen luokse maksoi Kuopiossa noin 82 euroa. Vanhempainryhmien hinta riippuu muun muassa mukana olevien asiantuntijoiden palkkauksesta, kokoontumistiheydestä, ryhmiin käytettävistä ajasta, tiloista ja materiaalista. Neuvolatyön kokonaiskustannukset vaihtelevat todennäköisesti terveystieteiden keskuksittain riippuen muun muassa lääkäreiden palkkausjärjestelmästä.

Tämän oppaan suositusten mukainen lastenneuvolaiän palvelukokonaisuus on yllä mainittujen kuntien arvioita jonkin verran kalliimpi, koska siihen kuuluu enemmän palveluja. Terveydenhoitajan käyntejä suositellaan 16 (mukana kaksi kotikäyntiä) ja lääkärin käyntejä vähintään viisi. Vantaan ja Kuopion hintoja soveltaen terveydenhoitajan osuus on noin 750 ja lääkärin arviolta 200 euroa. Lisäksi mukaan on laskettava vanhempainryhmistä aiheutuvat kustannukset, arviolta 600 euroa, mikäli kahdeksan ryhmäkertaa. Varsin karkean arvion mukaan neuvolaiän kokonaiskustannukset yhden lapsen osalta ovat noin 1 600–2 000 euroa, mikä merkitsee alle 300 euron vuosittaista kustannusta.

Pelkät hinnat eivät luonnollisesti kerro neuvolatoiminnan laadusta ja vaikuttavuudesta. Tieto kustannuksista tarjoaa myöhemmin mahdollisuuden toiminnan kustannus-vaikuttavuuden arviointiin. Kustannuslaskentaa on tarpeen jatkaa eri tyyppisissä terveystieteiden keskuksissa. Lastenneuvolan tarjoamien peruspalvelujen hinnan lisäksi kannattaa määrittää eriasteisen

erityistuen edellyttämän tehostetun toiminnan kustannukset. Esimerkiksi perhetyöntekijän palkkaukseen kuuluu arviolta 30 000 euroa vuodessa. Vertailun vuoksi mainitaan esimerkkejä vaihtoehtoisista kustannuksista eräiltä paikkakunnilta vuoden 2003 kustannustason mukaan. Yhden kuukauden kestävä lastenpsykiatrisen hoitojakso maksaa noin 9 000–15 000 euroa. Lastensuojelullinen sijoittaminen perheeseen tai laitokseen maksaa noin 30 000–60 000 euroa vuodessa. Yhden henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta päivähoitoon koituu kunnalle vuotuisia kustannuksia noin 18 000 euroa.

Neurolarokotusten ansiosta vältetään kuolemien, vammautumisten ja sairastamisen lisäksi myös suurilta kustannuksilta. Kansallisen rokotusohjelman rokotteet hankitaan Suomeen keskitetysti valtion budjetista, ja ne toimitetaan kunnille ilman korvausta. Neuvolatoiminnan eri osa-alueiden vaikuttavuuden arviointi vaatisi laajaa ja hyvin suunniteltua tutkimustyötä. Olisi tarpeen määrittää tehostetun varhaisen puuttumisen kustannukset ja toiminnan vaikuttavuus sekä pyrkiä arvioimaan, paljonko voidaan ehkäistä inhimillistä kärsimystä ja syrjäytymistä, ja paljonko saadaan taloudellista säästöä. Neuvolatoimintaa koskevan hyödyn arviointiin tulisi myös sisällyttää terveyttä edistävän toiminnan vaikutusten tarkastelu: esimerkiksi lapsen ja vanhemman varhaisen vuorovaikutuksen ja hyvin toimivan vanhemmuuden kauaskantoinen merkitys ja terveyttä edistävien tottumusten tuoma sairauksien ehkäisy ja hyvinvoinnin lisääntyminen.

SUOSITUS:

Kunnat ottavat neuvolatoimintaa koskevassa kustannuslaskennassa huomioon lyhyen ja pitkän aikavälin hyödyt ja vertaavat kustannuksia erityispalveluista aiheutuviin vaihtoehtoiskustannuksiin.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty. Lapsiperheprojektin loppuraportti. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

Tuotteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Äitiysneuvolatyö, vastaanottotoiminta ja lastenneuvolatyö. 2003. Sosiaali- ja terveyskeskuksen julkaisusarja 4. Kuopio.

5

Suosituksen käytännön toteuttaminen, seuranta ja arviointi

5

SUOSITUSTEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI

Opas on tarkoitettu kunnille neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen tueksi. Opasta hyödynnetään paikalliset olosuhteet huomioon ottaen lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Oppaasta koitua hyöty lapsiperheille riippuu suuresti siitä, kuinka se otetaan käyttöön ja miten sen toteuttamista tuetaan ja arvioidaan.

Kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden terveyskeskukset ovat ensisijaisesti vastuussa oppaassa esitettyjen suositusten käytäntöön saattamisesta. Kunnissa suositellaan tehtäväksi neuvolatoimintaa koskeva tilannekatsaus, jossa verrataan kunnan lastenneuvolatoimintaa oppaassa esitettyihin ratkaisuihin. Nykytilanteen analyysin perusteella päätellään, mitä kunnassa halutaan ja voidaan tehdä lastenneuvolatoiminnan ja lapsiperheiden palvelujen kehittämiseksi. Tulos kirjataan kunnan käytäntöjen mukaan toimintasuunnitelmaan tai valmisteilla olevaan lapsipoliittiseen ohjelmaan. Kunnassa on tärkeää pitää huolta siitä, että kaikki tarpeelliset tahot saavat tiedon oppaasta tai osoitteen, josta sitä voi saada. Neuvolatoiminnasta vastaavien henkilöiden nimeäminen kuntiin on neuvolatoiminnan kehittämisen ja oppaan suositusten käytäntöön viemisen kannalta välttämätöntä. Sosiaalialan kehittämishankkeen ja kansallisen terveydenhuoltohankkeen linjausten mukaisesti tehtävä yhteistyö lapsiperheiden palvelujen kokoamiseksi yhteen palvelee myös tämän oppaan mukaisen toiminnan rakentamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 ohjaa myös kuntia vahvistamaan lastenneuvolatoimintaa ja sen voimavaroja.

Lääninhallitukset tukevat kuntia lastenneuvolaoppaan linjausten toimeenpanossa. Ne järjestävät alueellisia koulutustilaisuuksia ja seminaareja oppaan aihepiireistä ja edistävät lapsiperhetyötä tekevien yhteistyön organisointia. Lääninhallitusten on mahdollista seurata suositusten toteuttamista ja toteuttamiseen mahdollisesti liittyviä esteitä terveyskeskuksissa kuntakäynneillä ja henkilökohtaisten kontaktien avulla. Neuvolatoiminnan tilaa on tarpeen arvioida säännöllisesti, esimerkiksi 3–5 vuoden välein. Lisäksi lääninhallitukset ohjaavat koordinoimiaan valtakunnallisia kehittämishankerahoja oppaan mukaisiin neuvolatoiminnan ja lapsiperheiden palvelujen kehittämishankkeisiin ja käynnistävät tarvittaessa myös omia lapsiperheitä koskevia hankkeita. Lääninhallitukset rohkaisevat kuntia seutukunnalliseen yhteistyöhön. Lääninhallitukset voivat myös perustaa alueellisen työryhmän tai vastaavan läänin lasten ja nuorten hyvinvoinnin seurantaa varten.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ohjaa ylimpänä viranomaisena neuvolatoiminnan kehittämistä informaatio-ohjauksen avulla sekä tuemalla neuvolatyötä eteenpäin vievien rakenteiden kehittämistä. Terveyden edistämiseen liittyvää lainsäädäntöä tarkistettaessa kiinnitetään huomiota lastenneuvolatoiminnan juridiseen asemaan. STM huolehtii neuvolatoiminnan aseman vahvistamisesta osana ehkäiseviä palveluja. STM tukee lasten ja nuorten tietojärjestelmien ja tilastoinnin kehittämisen etenemistä ja neuvolatoiminnan vaikuttavuuden seurannan kehittämistä. STM:n vastuulla on neuvolatoiminnan laatusuosituksen laatimisen käynnistäminen.

STM tiedottaa oppaasta, seuraa oppaan toimeenpanoa sekä vastaa siitä, että opasta päivitetään tarpeen mukaan. Opas on saatavissa verkkojulkaisuna ministeriön kotisivuilta osoitteesta www.stm.fi -> julkaisuja. STM arvioi oppaan toimeenpanoa, muun muassa huolehtimalla opasta koskevan arviointitutkimuksen organisoimisesta sekä välittää tietoa neuvolatoiminnan kehittämisen rahoitusmahdollisuuksista. STM järjestää työseminaareja yhteistyössä lääninhallitusten kanssa säännöllisin välein. Sosiaali- ja terveysministeriössä huolehditaan Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen toiminnan ohjaamisesta ja vakiinnuttamisesta.

Suomen Kuntaliitto tukee kuntia kehittämään sellaisia neuvolatoiminnan ratkaisumalleja palvelujärjestelmäänsä, jotka edistävät lasten kokonaisvaltaista hyvinvointia ja ovat kuntien lapsipoliittisten ohjelmien mukaisia. Se huolehtii lastenneuvolassa käytettävien lomakkeiden ajan tasalla pitämisestä ja oppaasta tiedottamisesta osana kuntiin suuntautuvaa toimintaansa. Myös neuvolatoimintaa koskevan laadunarviointijärjestelmän luominen keskitetysti tukee kuntien laadunarvioinnin kehittämistä.

Stakes on sosiaali- ja terveysalan kansallinen tutkimus- ja kehittämis-keskus. Sen luokituskeskuksen tehtävänä on neuvolatoimintaa koskevan tieto- ja tilastointijärjestelmän edelleen kehittäminen yhteistyötahojen kanssa. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTAlle kuuluu myös neuvolatyötä koskevien menetelmien arviointi. Stakes jatkaa lapsia ja nuoria koskevaa hyvinvointi-indikaattorityötä ja kehittää lasten ennalta ehkäisevää mielenterveystyötä. Stakesin toimenkuvaan kuuluu valtakunnallisena sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämis-keskuseksi myös neuvolatoiminnan tutkimus- ja kehittämistyö.

Kansanterveyslaitos vastaa rokotustoiminnasta sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyydestä ja osallistuu lapsia ja nuoria koskevien tieto- ja tilastointijärjestelmien kehittämiseen.

Ammattikorkeakoulut ja yliopistot sisällyttävät oppaassa esitettyjä sisältöjä opetusohjelmiinsa neuvolatyötä tekevien sekä heidän johtajien ja opettajiensa peruskoulutuksessa sekä täydennyskoulutuksessa (avoin yliopisto, avoin ammattikorkeakoulu). Erityisen suositeltavaa on järjestää moniammatillista koulutusta neuvolatyöhön suuntautuville ammattiryhmille.

Osana työelämän kehittämistä ammattikorkeakoulut ja yliopistot soveltavat oppaan linjauksia opiskelijoiden kehittämishankkeisiin ja

opinnäytetöihin sekä muuhun yhteistyöhön, ja antavat asiantuntemusta neuvolatoiminnan kehittämishankkeisiin. Yliopistot ja ammattikorkeakoulut ottavat huomioon neuvolatyön ja lapsiperhetyön tutkimuksen omien tutkimus- ja kehittämisstrategioidensa suuntaamisessa.

Opetusministeriö pitää huolta neuvolatyössä toimivien samoin kuin alan opettajien ja johtajien peruskoulutuksesta ja sen päivittämisestä sekä neuvolahenkilöstöä koskevan täydennyskoulutusjärjestelmän aikaan saamisesta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

Vuonna 2002 käynnistetty *Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus* jatkaa osaltaan oppaan suositusten toimeenpanoa. Oppaan keskeisiä aiheita käsitellään keskuksen vuosittain järjestämällä Valtakunnallisilla neuvolapäivillä. Neuvolakeskus tekee äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevan selvityksen kaikissa lääneissä ja tuottaa näin tietoa neuvolatoiminnan nykytilanteesta kehittämistyön perustaksi. Neuvolakeskuksen kotisivuja kehitetään neuvolatoiminnan tietokeskukseksi ja niiden kautta välitetään koordinoitusti neuvolatyötä ja sen kehittämistä koskevaa tietoa. Neuvolakeskus osallistuu uusien näyttöön perustuvien toimintamallien pilotointiin ja arviointiin sekä täydennyskoulutuksen kehittämiseen.

Ammatilliset järjestöt voivat edistää oppaan tunnetuksi tekemistä ja sen linjausten edellyttämän osaamisen kehittymistä ammattilehtensä, paikallisyhdistystensä sekä valtakunnallisten koulutuspäiviensä kautta.

Ehdotettujen suositusten mukaisen yhteistyön kehittämisestä muiden oppaassa kuvattujen sidosryhmien, kuten järjestöjen ja seurakuntien, kanssa tulee sopia paikalliset olosuhteet ja voimavarat huomioiden.

OSA II

Neuvolatyön sisältö ja menetelmät: yksilöllistä seurantaa ja tukea vauvasta kouluikään

6

Vanhemmuus, parisuhde ja lapsen kehityksen tukeminen

Neuvolatyön sisältö ja menetelmät: yksilöllistä seuranta ja tukea vauvasta kouluikään

6

VANHEMMUUS, PARISUHDE JA LAPSEN KEHITYKSEN TUKEMINEN

Vanhemmat ovat ensisijaisia lapsensa kehityksen ja perheensä hyvinvoinnin edistäjiä. Nykytiedon avulla voidaan erottaa tekijöitä, jotka edistävät lapsen suotuisaa kehitystä.

Yleinen voimavaratekijä, kuten huolenpito tai lapsen lahjakkuus, vaikuttaa lapsen kehitykseen muista tekijöistä riippumatta. *Riskitekijä* suuntaa lapsen kehitystä kielteiseen suuntaan. *Haavoittuvuus* tarkoittaa alttiutta kielteisille vaikutuksille olosuhteissa, joissa riskit ovat muutenkin suuret. *Suojaava tekijä* tukee kehitystä riskeistä huolimatta. Sillä on puskurivaikutusta silloin, kun riski on suuri. Vähäisen riskin vallitessa suojaavalla tekijällä ei ole vaikutusta. (Pulkkinen 2002.)

6.1 Vanhemmuuden voimavarat muuttuneessa elämäntilanteessa

Lapsen syntymä muuttaa perheen elämäntilannetta monella tavalla, esimerkiksi vanhempien ajankäyttöä, ihmissuhteita, taloudellista tilannetta ja erityisesti parisuhdetta. Osa muutoksista on myönteisiä, osa taas voi koetella perhettä ja sen jäsenten terveyttä.

Vanhempien voimavarat vaikuttavat koko perheen hyvinvointiin. Perheen sisäisiä voimavaroja ovat esimerkiksi vanhempien koulutus, heidän tietonsa ja taitonsa sekä luottamukselliset ihmissuhteet. Hyvä itsetunto ja myönteinen käsitys itsestä kasvattajana auttavat kehittämään avoimen ja turvallisen suhteen lapseen. Lapsen kannalta on myös tärkeää, että vanhempien parisuhde toimii niin hyvin, että sen tarjoama kasvualue lapselle on turvallinen.

Perheen ulkopuolisista voimavaroista keskeisintä on muiden ihmisten, kuten sukulaisten, ystävien ja naapurien tarjoama sosiaalinen tuki. Samassa elämäntilanteessa olevat muut lapsiperheet ovat osoittautuneet tärkeäksi tuen lähteeksi.

Merkittäviä kuormittavia tekijöitä ovat, lapsen iästä ja perhetilanteesta riippuen, arkipäivän raskaus, erityisesti oman ajan ja vanhempien yhteisen ajan niukkuus. Muita yleisiä pulmia ovat väsymys (Jokinen 1996), vireystilan ja mielialan muutokset, äidin yksinäisyys, vanhemmuuteen liittyvä epävarmuus ja rooliristiriidat. (Välimäki 2000, Eirola & Friis 2001, Reinholm 2003). Lapsen syntymä vaikuttaa usein niin, että perheen kyky joustaa arkielämässä vähenee, sen työnjako muuttuu, tulee kommunikaatiopulmia ja yhteenkuuluvuuden tunne heikkenee (Hakulinen 1998). Neuvolassa on hyvä muistaa, että myös muut kuin lapsen syntymän aiheuttamat muutokset (esim. muutto, sairastuminen) koetaan perheessä useasti kuormittavina. Nämä pitäisi ottaa huomioon vanhempien jaksamisesta ja muusta perheen elämäntilanteesta keskusteltaessa.

Liiallinen työmäärä, työttömyys tai rahatilanteen kireys syövät vanhempien voimavaroja. Tästä syystä perhepoliittiset ratkaisut, kuten lapsilisien ja muiden tulonsiirtojen suuruus, sekä perhe-elämän ja työn yhteensovittaminen heijastuvat lasten elinoloihin.

Tyytyväisyys parisuhteeseen on suurimmillaan suhteen alussa. Sitten se kääntyy laskuun – oli parilla lapsia tai ei – noustakseen jälleen (Rytkönen & Hautasalo 1999). Yhteensulautumisen vaiheesta siirrytään erillistymisen vaiheeseen, johon puoliset tulevat usein eri aikaan. Lasten syntymä osuu monasti aikaan, jolloin tyytyväisyys parisuhteeseen on matalimmillaan. Useimmat erot tapahtuvat vaiheessa, jolloin perheessä on 1–2 pientä lasta. Samaan aikaan osuu yleensä useita muita tärkeitä tapahtumia kuten työelämän aloittaminen, taloudellisen perustan luominen ja aikuistuminen. – Toisaalta tiedetään, että vanhemmuus lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta parisuhteessa (Erel & Burman 1995).

Parisuhdetyytyväisyyteen vaikuttavat useat tekijät, mm. suhteen sisäiset tekijät, persoona, omat lapsuuden kokemukset, vanhemmuus ja ulkoiset tekijät. Näihin kaikkiin voidaan vaikuttaa erilaisin keinoin: opettelemalla itsetuntemusta, tulemalla tietoisiksi tyytyväisyyttä aiheuttavista tekijöistä ja viestimällä niistä kumppanille, opettelemalla viestintä- ja ristiriitojen ratkaisutaitoja, käsittelemällä mahdollisia pulmia itse tai hankalammissa tapauksissa terapian avulla. Muutokseen tarvitaan vankkaa motivaatiota. Helpointa olisi työstää parisuhteeseen liittyviä kysymyksiä ennen kuin ongelmat pahenevat, mutta siihen ei aina löydy valmiutta. Kotitöistä riidellään eniten. Parisuhteita tutkittaessa on havaittu, että pitkäkestoisessa suhteessa parit puhuvat toisilleen, selvittävät syntyneet ristiriidat, hyväksyvät toistensa muuttumisen ja erilaisuuden sekä osaavat ilahduttaa toisiaan (Määttä 2000). Lisäksi he kehittävät arkielämänsä ja pysyvät päätöksessään rakastaa toista eli sitoutuvat suhteeseen.

Perheiden voimavarat ovat hyvin erilaisia. On hyvä pitää mielessä,

että sekä kahden vanhemman perheiden että yksinhuoltajaperheiden tilanteet vaihtelevat niin paljon, että ei voi puhua ”tyypillisistä” perheistä. Perheen vanhemmatkin saattavat kokea asiat aivan eri tavoin. Useimmiten perheillä on sekä voimia antavia että kuormittavia tekijöitä. Kuormittavien tekijöiden kasautuminen on haaste myös neuvolatyölle Lapsen syntymän jälkeisessä muuttuneessa perhetilanteessa monet perheet ja erityisesti äidit tarvitsevat ulkopuolista lisätukea. Useamman kuin yhden lapsen yhtäaikaista syntymä on erityinen riski vanhempien jaksamiselle, ja tällöin perhe saattaa tarvita ulkopuolista apua alkuvaiheessa. Neuvolan terveydenhoitajalla on keskeinen rooli monikkoperheen tukemisessa.

Vanhemmat voivat vahvistaa omia voimavarojaan monin tavoin. Lapsen hoitoon ja kehitykseen liittyvän tiedon hakeminen tuo lisää varmuutta arkipäivään. Parisuhteen aktiivinen hoitaminen on tärkeää. Olisi hyvä harjaantua puhumaan avoimesti vaikeistakin asioista, riitelemään ilman väkivaltaa ja sopimaan kotitöiden jakamisesta. Tarvittaessa tulisi uskaltaa hakea ulkopuolista tukea. Keskeistä on omien vahvuuksien tunnistaminen, aktiivinen toiminta oman elämäntilanteensa hyväksi ja vastuun ottaminen siitä. (Pelkonen & Hakulinen 2002.)

Neuvolalla on hyvät mahdollisuudet tukea perheiden omaa toimintaa voimavarojensa lisäämiseksi. Tällaista on jo tietojen ja tietoisuuden lisääminen voimia antavista ja kuormittavista tekijöistä. Ulkopuolisen näkemykset ja kokemukset voivat auttaa perheitä huomaamaan, että he eivät ole yksin vaikeuksiensa kanssa.

Neuvolan keinoja parisuhteen tukemiseksi ovat tilan antaminen parisuhdeasioista keskustelemiseksi, puheeksi ottaminen ja tunnustuksen antaminen. Tärkeää on myös kannustaa silloin, kun asiat menevät hyvin, sekä todeta kunnossa olevat asiat ääneen. Parisuhteen roolikartta antaa tukea neuvolan työntekijöille. Perhevalmennukseen kuuluu tieto parisuhteeseen normaalisti sisältyvistä vaiheista sekä tyypillisistä vaikeuksista, joita pari voi kohdata lapsen synnyttyä. Pareja voidaan ohjata tekemään itselleen samoja peruskysymyksiä, joita käytetään parisuhdekursseilla: Mikä on suhteessa hyvin, mikä toimii, mikä ei toimi, mihin toivotaan muutosta, mitä pitäisi tehdä, jotta muutos saataisiin aikaiseksi. Avoimet kysymykset avaavat keskustelua. Kysymykset hyväksytään yleensä paremmin kuin neuvot.

SUOSITUS:

Neuvolassa tuetaan hyvää parisuhdetta ja ehkäistään parisuhteen pulmien kärjistymistä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Airikka S. 2003. Parisuhteen roolikartta, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Fisher B, Kiianmaa K & Hart N. 1997. Rakennamme parisuhdetta. Kehityksen avaimet, Jyväskylä.

- Kinnula A & Tuovinen L. 2001. Tahdon sanoa tahdon. Opaskirja avioliittoon aikoville. Kirkon perheasiain keskus, Helsinki. *Kirjanen sisältää ajatuksia mm. parisuhteesta, avioliitosta, rakastamisesta ja seksuaalisuudesta. Seurakunnat jakavat kirjasta avioliittoon menossa oleville pareille.*
- Parisuhdevihkonen vekaraperheen vanhemmille. 2003. Väestöliiton perheverkko, Helsinki. *Vihkosta voi tilata Väestöliiton Perheverkosta puh. 09-612 7102, tai perheverkko@vaestoliitto.fi.*
- Rytönen O & Hautasalo K. 1999. Laadukas parisuhde: onnea ja vuorovaikutusta. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja 10. Jyväskylä.

6.2 Isäksi ja äidiksi kasvaminen

Vanhemmaksi kasvaminen on perheen sisäinen prosessi, johon vaikuttavat kummankin vanhemman aikaisemmat kokemukset, oma lapsuus, vanhemmuutta koskevat mielikuvat ja yhteiskunnalliset odotukset. Perheen taloudellisella tilanteella, puolisoiden urasuunnitelmilla ja lapsen mahdollisilla erityispiirteillä (etenkin vammaisuudella) on luonnollisesti merkitystä. Prosessi alkaa jo ennen lapsen syntymää ja se jatkuu koko elämän. Lapsen muodostetaan suhde, hänestä otetaan vastuu, toimitaan ja eletään käytännössä lapsen kanssa.

Naisen kasvussa äidiksi on emotionaalisen muutoksen lisäksi mukana biologinen ja fyysinen muutos, kun taas miehen kasvussa isäksi painottuu emotionaalinen ja sosiaalinen prosessi. Isän vastuuntunnon kehittymisen kannalta on merkittävää, onko hän itse halunnut lasta, vai onko hän taipunut puolisonsa tahtoon hankkia lapsi. Siirtymä vanhemmuuteen yhteisenä valintana edesauttaa yhteistä sitoutumista lapsesta huolehtimiseen (Sevon & Huttunen 2002). Lapsi tulee todeksi isälle kuitenkin hyvin eri tavalla kuin äidille: monelle uusi elämänvaihe konkretisoituu vasta vauvan syntymän jälkeen (Kaila-Behm 1997, Säävälä ym. 2001).

Raskausaika on tärkeää aikaa äidiksi ja isäksi kasvulle sekä koko perheen muotoutumiselle, samoin itse synnytyskokemus. Äidille sekä isälle on tärkeä voida käydä läpi synnytyskokemusta, etenkin silloin, jos se on ollut odotettua vaikeampi. Käsittelemättömät epäonnistumisen kokemukset voivat haitata elämää jopa vuosikymmeniä ja aiheuttaa katkeruutta ja syyllisyyttä.

Vanhemman mielikuvat ja odotukset lapsesta jo raskausajasta lähtien vaikuttavat hänen toimintaansa myöhemmässä vuorovaikutuksessa. Äidin kielteinen mielikuva vauvasta raskauden aikana on yhteydessä lapsen käyttäytymisessä näkyviin ongelmiin kahdeksan vuoden iässä. (Luoma ym. 2001.)

Jokainen isä ja äiti on erilainen. Esimerkiksi kulttuurinen tausta voi sisältää roolikäsityksiä, joita perhe haluaa noudattaa. Perinteinen käsitys äidin roolista voi kapeuttaa isän mahdollisuuksia täysipainoiseen vanhemmuuteen. Monille vanhemmille voi olla vapauttavaa ja antoisaa tietoa jaetusta tai tasavertaisesta vanhemmuudesta. Jaettu vanhemmuus

merkitsee isän vahvaa osallistumista ja sitoutumista lapsen hoitoon. Tässä sitoutumisessa erotetaan kolme osa-aluetta: ”aktiivinen vuorovaikutus” lapsen kanssa, ”saatavillaolo” silloinkin, kun päähuomio on muussa toiminnassa, ja ”vastuunotto”, joka tarkoittaa sitä, että isä pohtii, huolehtii ja järjestää lapseen liittyviä käytännön asioita. Parhaimmillaan kumpikin vanhempi sitoutuu alun alkaen vanhemmuuteen kutakuinkin samalla intensiteetillä. Kumpikin on valmis ja kykenevä (lähes) kaikkiin kodin ja lasten hoidossa eteen tuleviin töihin. Kumpikin pyrkii tasapainoon työn ja perheen välillä. Kumpikin on lapselle sekä hoivan että hellyyden antaja ja yhdessä sovittujen rajojen pitäjä. Kumpikin on valmis neuvottelemaan ja keskustelemaan eteen tulevista tilanteista. (Huttunen 2001.)

Jaetusta vanhemmuudesta on nykykäsitysten mukaan monenlaista hyötyä. Vauva saa siitä sekä turvaa että tukea kehitykselleen. Äiti saa tilaa huolehtia itsestään, ja isä saa uuden tavan toteuttaa itseään. Myös parisuhde voi usein paremmin, kun lapsenhoito on molempien vanhempien vastuulla. (Säävälä ym. 2001.) Eräänä lähtökohtana on uudempi tutkimustieto, jonka mukaan vauva pystyy kiintymään sekä isään että äitiin ja erottamaan nämä toisistaan (Pruett 1993).

Vaikka mies olisikin motivoitunut ja valmis osallistuvaan, jopa hoivavaan isyyteen, sen toteuttaminen ei aina ole helppoa. Hyvin harvalla on nykypäivään soveltuva malli omasta lapsuudestaan. Voi tuntua vaikealta muuttaa elämäntyyliään ja ruveta elämään vauvan ehdoilla. Vauva saattaa tuntua vaikeahoitoiselta, ja äidin osaaminen ja kokeneisuus voivat tuntua ylivoimaisesti paremmilta. Pahimmillaan lapsen hoidon jakaminen johtaa vanhempien väliseen valtataisteluun. (Säävälä ym. 2001.) Äidin masentuessa tai sairastuessa isän rooli on perheen selviämisen ja lasten hyvinvoinnin kannalta erityisen keskeinen. Isät tarvitsevatkin riittävästi tietoa synnytyksen vaikutuksesta naiseen. Etenkin tieto mahdollisesta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta on tarpeen.

Neuvolan tehtävänä on auttaa molempia vanhempia luomaan mahdollisimman myönteinen, mutta realistinen kuva vastasyntyneen ominaisuuksista ja kyvyistä sekä vahvistaa äidin ja isän sitoutumista vauvaan (Puura 2002). Vanhemmille voi olla tarpeen kertoa, ettei kasvu äidiksi ja isäksi tapahdu itsestään, vaan edellyttää vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta ja yhdessäoloa, toisin sanoen aikaa (Keltikangas-Järvinen 2000). Isiä on hyvä lähestyä tavoilla, jotka sopivat heille parhaiten. Monet isät ovat valmiita tulemaan ryhmiin. Henkilökohtaisesta kutsusta neuvolaan voi olla hyötyä. Kotikäynti ennen lapsen syntymää kannattaa sovittaa niin, että se sopii myös tulevan isän aikatauluihin.

SUOSITUS:

Neuvolassa tuetaan isän ja äidin vanhemmaksi kasvamista ja kerrotaan jaetun vanhemmuuden eduista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Hoiva-isiä, etä-isiä ja ero-isiä. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Isäryhmät osana perhevalmennusta 2002–2003. 2003. Hankeraportti. Oulun Ensi- ja turvakoti, Oulu.
- Kaila-Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio.
- Keränen T & Ruskomaa L. 2002. Näkökulmia äitiyteen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Löytöretki vanhemmuuteen -projekti. Helsinki.
- Piensoho T. 2001. Äitiyden alkumetrit: naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Puura K, Tamminen T & Mäntymaa M ym. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47(56), 4855-4861.
- Salo-Jokinen B. 2002. Äitiyden alkumetrit. Terveystieteitä 4-5, 12-13.
- Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvojulkaissuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Torkkeli M (toim.) 2001. Näkökulmia isyyteen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Löytöretki vanhemmuuteen -projekti. Helsinki.

6.3 Vanhemman ja vauvan varhainen vuorovaikutus

Lapsen paras mahdollinen kehitys on riippuvainen ympäristöstä, joka vastaa hänen sosiaaliin ja emotionaaliin tarpeisiinsa. Pikkulapsia koskeva psykiatrisen tutkimus on tuonut uutta tietoa vauvan synnynnäisestä valmiudesta vuorovaikutukseen. Kiintymyssuhdeteorian mukaan ensimmäisen ikävuoden aikana vanhemman ja lapsen välille muotoutuva suhde on ratkaisevan tärkeä lapsen myöhemmälle psyykkiselle kehitykselle. Varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvät tunnekokemukset ohjaavat aivojen toiminnallista kehitystä ja luovat pohjan ihmisen koko myöhemmälle kehitykselle (Mäntymaa ym. 2003). Vauvat ovat erittäin herkkiä vanhemman emotionaalisen vasteen laadulle. Vanhemmat viestivät vauvalle puheen, ilmeiden, eleiden, kosketuksen, liikuttelun, otteiden ja yleensä fyysisen läheisyyden välityksellä.

Varhaisessa vuorovaikutuksessa on kyse vanhempi-lapsi -parin yhteensopivuudesta sekä vuorovaikutuksen vastavuoroisuudesta ja samantahtisuudesta. Vuorovaikutuksen samantahtisuus riippuu vanhemman taidoista ja halusta sovittaa oma toimintansa lapsen tarpeisiin, rytmeihin ja vuorovaikutuksellisiin kykyihin. Kun vuorovaikutus toimii hyvin, vanhempi pystyy nauttimaan suhteestaan lapseen ja on emotionaalisesti saatavilla. Hän kykenee vuorovaikutuksessa vastavuoroisuuteen sekä ennustettavuuteen, jolloin lapsen luottamus ympäristöön kasvaa. Lapsi kokee, että vanhempi ymmärtää ja hyväksyy hänen tarpeensa ja tunteensa. Samalla lapsi oppii, että hän saa viestittää tunteistaan ja kokemuksistaan muille

ihmisille, ja että se johtaa myönteiseen lopputulokseen. Näin lapsi oppii vähitellen tunnistamaan omia tarpeitaan ja tunnetilojaan. Tällä on suuri merkitys lapsen emotionaalisen itsesäätelyn ja myönteisen itsetunnon rakentumisen kannalta. (Lyytinen ym. 2003.)

Neuvolatyössä on lisätty terveydenhoitajien valmiuksia tunnistaa lasten psyykkisiä ongelmia. Näin he pystyvät paremmin auttamaan vanhempia lapsen kehityksen tukemisessa ja varhaisessa vuorovaikutuksessa. Terveydenhoitaja voi rohkaista vanhempia tunnistamaan ja hoitamaan myös omia ongelmiaan tehokkaammin. Hänen on tärkeää osata tunnistaa perheitä, joissa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on erityisen tarpeen. Koulutuksen ansiosta terveydenhoitajat ovatkin rohkaistuneet ottamaan puheeksi vaikeitakin asioita. (Puura ym. 2001.)

Saadakseen käsitystä vauvan ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta terveydenhoitajan on hyvä havainnoida ja tutkia vanhemman ja vauvan käyttäytymistä yhdessä. Tunnetilojen jakaminen ja sen sävy sekä vanhemman ajatukset vauvasta kertovat paljon. Vuorovaikutusta voidaan tukea antamalla myönteistä palautetta hyvin toimivista tilanteista ja puuttamalla korjaavasti vauvan tai vanhemman kannalta huonosti toimiviin tilanteisiin. Korjaavaa puuttumista voi olla hienovarainen malliksi tekeminen (esim. nostetaan vauva vanhemman syliin rokotuksen jälkeen, jos vanhempi ei itse huomaa sitä tehdä), toiminnan kyseenalaistaminen avoimella ihmettelyllä (esim. Mahtaisiko vauva rauhoittua nopeammin, jos ottaisit hänet syliin?) tai vauvan äänenä toimimalla (esim. Nyt minua itkettää ja tahdon syliin). Edellä kuvattu menetelmä on todettu taloudelliseksi ja tehokkaaksi (Puura ym. 2001).

SUOSITUS:

Neurolassa tuetaan aktiivisesti vauvan ja vanhemman varhaista vuorovaikutusta. Jokainen työntekijä perehtyy varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja siihen liittyvään teoriataustaan.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kurki P-L, Koivuniemi-Iliev L, Tuulos T. 2001. Psykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa – Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -projekti 1997–2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja nro 64. *Kuvaus varhaisen vuorovaikutuksen projektin teoriataustoista, projektin lähtökohdista ja toteutumisesta Oulun läänissä. Julkaisu on myös luettavissa osoitteessa www.intermin.fi/olh.*

Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 115, 2447-2453.

Mäntymaa M, Luoma I, Puura K & Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim*, 6, 459-466.

Niemelä P, Siltala P & Tamminen T. 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY, Helsinki.

Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M. ym 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. *Suomen Lääkärilehti* 47(56), 4855-61.

- Sinkkonen J & Kalland M. 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. WSOY, Helsinki.
- Stern DN. 1992. Maailma lapsen silmin: mitä lapsi näkee, kokee ja tuntee. Suom. E-L. Jaakkola. WSOY, Helsinki.

6.4 Vanhemmat lapsensa itsetunnon ja yksilöllisen erilaisuuden tukijoina

Vanhempien eräs tärkeä tehtävä on luoda perusta lapsensa hyvän itsetunnon kehittymiselle jo varhaisvaiheista lähtien. Kun vanhemmat pitävät vauvasta huolta, poistavat hänen pahanolontunteensa ja ovat lapsen luotettavana tukena ja lohtuna myös huonoina hetkinä, vauvalle syntyy tunne, että hän on tärkeä ja arvokas (ks. luku 6.3). Kun hoito lisäksi ajoitetaan oikein, eli hetkeen, jolloin lapsi ilmaisee tarpeen, lapsi voi kokea hallitsevansa itseensä liittyviä asioita.

Ensimmäisen lapsen vanhempien pulmana saattaa olla ylihuolehtivuus: vauvaa hoidetaan ennakoiden ja varmuuden vuoksi. Se ei ole lapselle hyväksi. Sen sijaan tarpeiden johdonmukainen tyydytys saa vauvassa aikaan luottamuksen muihin, mikä muuttuu luottamukseksi itseen. Välinpitämätön ja lapsen tarpeista piittaamaton hoito sekä toistuvat varhaiset hylätyksi tulemisen kokemukset ovat yhteydessä myöhempien vuosien itsetuntovaurioihin. Aikuisen saatavilla olo on tärkeää. (Keltikangas-Järvinen 2003.)

Imeväisiän jälkeen itsetuntoon vaikuttaa, miten muut suhtautuvat lapsen osaamiseen ja tekemiseen. Lapselle on tarpeen antaa paljon kiitosta ja vähän arvostelua. Myös lasta itseään on syytä kehua. Lapsi saa ympäristöönsä tarkkailemalla joka tapauksessa palautetta omasta avuttomuudestaan. On hyvä muistaa, että lapsen käyttäytymiseen vaikuttaa se, millaisena häntä pidetään. Rajojen asettaminen lisää lapsen turvallisuuden tunnetta ja vahvistaa siten itsetuntoa. (Keltikangas-Järvinen 2003.)

Kyetäkseen tukemaan oman vauvansa yksilöllisyyttä monet vanhemmat tarvitsevat lapsen *temperamenttia* koskevaa tietoa. Kullakin vauvalla on hänelle ominaisia, melko pysyviä tapoja ja yksilöllisiä piirteitä. Näitä ihmisten välisiä synnynnäisiä eli biologisia eroja käyttäytymisessä ja reaktioissa kutsutaan temperamentiksi. Selvimmin tunnistettava ja vähiten iän myötä muuttuva temperamenttipiirre on rytmisyys (unirytm, liikkeiden nopeus ja voima). Muita temperamenttipiirteitä ovat kärsivällisyys, rauhallisuus, aktiivisuus, levottomuus sekä sopeutumis- ja keskittymiskyky. Myös mielialat, kuten ärtyisyys ja taipumus negatiivisiin tunteisiin, sekä uteliaisuus, rohkeus, tai ujous ja varautuneisuus uudessa tilanteessa kuuluvat temperamenttiin. Temperamentti määrää ensisijaisesti lapsen stressinsietokykyä. Stressinsietokyvyllä taas on todettu olevan yhteyttä myöhempään sairastavuuteen. (Keltikangas-Järvinen 2004.)

Persoonallisuus syntyy temperamentin ja ulkomaailman vuorovaikutuksen, muun muassa kasvatuksen, tuloksena. Pikkuvauvan temperamentti vaikuttaa vanhempaan ja voi muuttaa vanhemman suhtautumista vauvaan. Temperamenttiltaan vähemmän reagoiva lapsi saa enemmän aloitteita äidin puolelta ja kenties vähemmän palautetta. Lapsen omat aloitteet saavat herkkävaistoisen äidin mukauttamaan omaa toimintaansa. Lapsen aloitteisiin yhtyminen ja niiden vahvistaminen on lapsen kehityksen kannalta yhtä tärkeää kuin vanhemman aloitteista lähtevä käyttäytyminen. (Lyytinen ym. 2003.) Vanhemman näkökulmasta lapsen temperamentti ilmenee siten, että toiset lapset ovat helppohoitoisia ja toiset vaativampia. Vauvan temperamentin yhteensopivuus vanhempien käytöksen ja odotusten kanssa voi olla sekä suoja- että riskitekijä (Thomass & Chess 1977). (ks. luku 15.3)

Osa vanhemmista tarvitsee tukea ”uskaltaakseen” vahvistaa lapsen itsetuntoa. Tuen keinot ovat pohjimmiltaan yksinkertaisia. Tärkeintä on lapsen ikäkauden mukainen huolenpito (ks. myös luku 6.3. varhaisesta vuorovaikutuksesta). Terveystieteiden ja lääkärin ammattitaitoa on osata käydä erilaisten vanhempien kanssa keskustelua lapsen temperamentista. Keskustelua avaamaan voi esittää esimerkiksi kysymyksen: ”Miten äitinä/isänä kuvaisitte lapsenne piirteitä.”

SUOSITUS:

Vanhemmille kerrotaan itsetunnon merkityksestä ja temperamenttierojen synnynnäisestä luonteesta sekä lapsen erilaisuuden ymmärtämisestä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Keltikangas-Järvinen L. 2000. Tunne itsesi suomalainen. WSOY, Helsinki.
Keltikangas-Järvinen L. 2003. Hyvä itsetunto. 13-14. painos. WSOY, Helsinki.
Keltikangas-Järvinen L. 2004. Temperamentti – ihmisen yksilöllisyys. WSOY, Helsinki.

6.5 Lasten kasvatusta ja vanhemmuuden roolit

Käsitykset suotavasta kasvatuksesta ovat aikojen kuluessa vaihdelleet. Monet tutkimustulokset tukevat käsitystä siitä, että demokraattisella tavalla toteutettu ohjaus edistää lapsen kehitystä sosiaalisesti kyvykkääksi, epäaggressiiviseksi ja itseensä luottavaksi. Lämpö ja huolenpito lisäävät toisten huomioon ottamista, ystävällisyyttä ja itsekunnioitusta (Pulkkinen 1984). Tällaista lapsen kehitykselle edullista kasvatustyyliä on kutsuttu lapsilähtöiseksi kasvatukseksi, ohjaavaksi kasvatukseksi tai lämpimäksi ja turvalliseksi, riittävän auktoriteetin omaavaksi kasvatukseksi (Kuvio 1).

Ns. lapsilähtöisen kasvatuksen edut on todettu useissa tutkimuksissa ja erityisesti yli 30 vuotta jatkuneessa suomalaisessa Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa (Pulkkinen 1996). Lapsilähtöinen kasvatusta muun muassa edistää lapsen sopeutumista yhteiskuntaan, tukee lapsen itsetuntoa ja edistää suoriutumista myöhemmin koulussa (Aunola 2001). Lapsilähtöisen kasvatuksen perustana on vanhempien hyvinvointi ja hyvä keskinäinen suhde, lapsen hyvä suhde isään sekä äidin huolehtivainen suhde lapseen.

Huolenpito sisältää emotionaalisen tuen antamisen, lapsen toimintojen valvonnan sekä turvallisuutta luovien rajojen asettamisen. Lapsella on paljon onnistumisen kokemuksia, hän saa kiitosta, eikä rankaisua käytetä kasvatustapahtumana. Lapsilähtöinen kasvatusta on merkittävä voimavara-tekijä lapsen elämässä. (Pulkkinen 2002.) Vanhemmat pitävät lasta merkittävänä persoonana, jonka tarpeet ja mielipiteet otetaan huomioon ja jota ei koskaan hylätä tunnetasolla. Aunolan (2001) tulokset vanhempien suotuisista kasvatustyyleistä ovat samansuuntaisia: Tärkeitä asioita ovat luottamus, lämpimyys, rajojen asettaminen ja kiinnostuneisuus lapsen toiminnoista. (Kuvio 1.)

LÄMMIN, TURVALLINEN KASVATUS	SALLIVA KASVATUS
Vahva luottamus lapseen Vahva kontrolli: kiinnostus, rajat	Vahva luottamus lapseen Heikko kontrolli: vähän kiinnostusta ja rajoja
AUTORITAARINEN KASVATUS	LAIMINLYÖVÄ KASVATUS
Heikko luottamus lapseen Vahva kontrolli: kiinnostus, rajat	Heikko luottamus lapseen Heikko seuranta, sitoutuminen ja kontrolli

Kuvio 1. Vanhempien kasvatustyyliä (lähde Aunola 2001)

Aikuiskeskeinen eli aikuisen tarpeista ja mielialoista ohjautuva kasvatusta merkitsee riskitekijää lapselle. Se sisältää lapsen näkökulman vähäistä huomioonottoa, vähäistä vuorovaikutusta lapsen kanssa, mielivaltaa, epäoikeudenmukaisuutta ja välinpitämättömyyttä lapsen asioissa. (Pulkkinen 2002). Haitallisia kasvatustyyliä ovat myös liian salliva tai autoritaarinen tyyli. Laiminlyövä kasvatusta haitat ovat ilmeiset (Kuvio 1).

Kasvatusta tukeminen edellyttää erilaisten ympäristötekijöiden otamista huomioon. On esimerkiksi havaittu, että taloudelliset vaikeudet heijastuvat parisuhteeseen. Huono parisuhde vaikuttaa vanhemmuuden laatuun. Vanhemmat saattavat herkemmin rankaista lasta tai muuttua välinpitämättömämmiksi lapsen tarpeisiin nähden. Tämä taas heikentää

lapsen sopeutumiskykyä. (Pulkkinen 2002.) Myös kulttuurierot on tarpeen ottaa huomioon.

Kasvatuksen johdonmukaisuus on tärkeää. Lapsen kannalta on keskeistä, että hänen kasvatukseensa osallistuvat aikuiset toimivat suunnilleen samojen periaatteiden mukaisesti. Tämä koskee ensisijaisesti kotia. Lisäksi päivähoidon ja kodin kasvatustavoitusten tulisi olla riittävän yhdenmukaisia. Neuvolan tärkeä tehtävä on keskustella vanhempien kanssa erilaisista päivähoitomuodoista ja ohjata niihin.

Tutkimusten mukaan moni vanhempi toivoo kasvatukseen liittyvää keskustelua neuvolassa. Neuvolan tehtävänä on tukea vanhempia lastensa kasvatuksessa ja välittää tietoa lapsen kehitystä edistävästä ja toisaalta sitä jarruttavasta kasvatuksesta. Vanhemmat vaikuttavat lapsiinsa monin tavoin, osin tiedostamattaan, osin tietoisesti. Jotta sukupolvien perintönä siirtyviin käytäntöihin voisi vaikuttaa, niistä pitää voida puhua. Hyväksi osoittautunut työväline on vanhemmuuden roolikartta. Siinä on hahmotettu tehtäväkokonaisuuksia tai rooleja, joiden avulla neuvolassa on helppo havainnollistaa vanhempien kasvatustavoitukseen kuuluvia, usein abstraktilta tuntuvia asioita (Helminen & Iso-Heiniemi 1999, Rautiainen 2001). Vanhemmuuteen kuuluu toimia muun muassa rakkauden antajana, huoltajana, rajojen asettajana, ihmissuhdeosaajana ja elämänopettajana.

Kaikki kasvattajat tekevät myös virheitä, eikä täydellistä vanhemmuutta ole. Hyväksyessään ja tunnustaessaan virheiden tekemisen kasvattaja antaa tilaa myös lapsen epätäydellisyydelle. Hyvän vanhemmuuden tunnuspiirteitä on osata pyytää anteeksi lapselta.

SUOSITUS:

Neuvolassa annetaan vanhemmille tietoa lapsen kehitystä edistävästä kasvatustavoista.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Eskelinen A. 2000. Rakkautta ja rajoja kasvatukseen: yhdessä elämään. Kirjapaja, Helsinki.

Helminen M-L & Isoheiniemi M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. (www.vslk.fi)

Pulkkinen L. 1996. Lapsesta aikuiseksi. Atena, Jyväskylä.

Rautiainen M (toim.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelle. Käyttäjän opas 2. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

6.6 Lapsen näkökulma perheen arkeen

Neuvola voi tarvittaessa tukea vanhempia ajattelemaan asioita lapsen näkökulmasta ja lapsen kehitystasolta sekä ottamaan huomioon hänen yksilölliset piirteensä. Perheen arkea on tarpeen miettiä paitsi vanhem-

pien tarpeiden, työnteon ja selviämisen näkökulmasta, myös ajatellen lapsen parasta. Lapsen paras toteutuu, kun lapsi saa kasvaa rakastettuna ja huolehdittuna ja käydä läpi kulloinkin ajankohtaisia kehitystehtäviään rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä. Ajatus voi kuulostaa itsestään-selvyydeltä perheessä, johon odotetaan toivottua lasta. Joissakin perheissä arki kuitenkin hukuttaa muun alle. Neuvolan tehtävänä on tarvittaessa tuoda esiin lapsen näkökulmaa näissäkin olosuhteissa.

Lapsi oppii uusia asioita ja tutustuu niihin ensiksi leikkimällä. Leikki tukee lapsen motorista kehitystä, kielellistä harjaantumista ja mielikuvitusta. Myöhemmin lapsi haluaa osallistua perheen töihin. Kaikki lapset eivät nykyisin saa mahdollisuutta ikätasoiseen leikkiin. Tähän ei tarvita monimutkaisia tai kalliita välineitä, vaan kotoa ja luonnosta löytyvät materiaalit riittävät mielikuvitusta innostavaan leikkiin.

Lapsen hallitsemien sanojen ja käsitteiden määrä heijastuu koko hänen henkiseen kehitykseensä. Tästäkin syystä on tärkeää, että lapselle puhutaan ja luetaan paljon jo pienestä pitäen. Jo vauvat iloitsevat kuvien katselusta ja siitä vuorovaikutuksesta, jota ääneen lukeminen tuottaa. Äitiyspakkausessa on tätä varten lapsen ensikirja. Kun lapselle luetaan paljon, hänen puheensa kehittyy ja ymmärryksensä kasvaa. Tämä edistää edelleen kaikkea oppimista ja mielikuvituksen kehitystä. Kirjallisuus jakaa lapselle myös tietoa maailmasta, opettaa eettisiä kysymyksiä ja tarjoaa esimerkkejä elämää varten. Joitakin vanhempia on tarpeen tukea leikkimään ja puuhailemaan lapsensa kanssa ja löytämään molempia innostavia yhdessäolon tapoja.

Keskustelu lapsen kanssa kehittää verbaalisia taitoja ja tukee tunne-elämän kehitystä. Tällöin lapsi oppii vähitellen myös tunnistamaan ja nimeämään omia tunteitaan. Lapset ovat erinomaisen tarkkoja havainnoitsijoita ja aavistavat perheenjäsenten tunnetilat. He saattavat ajatella olevansa itse näiden tunnetilojen aiheuttajia. Lasta rauhoittaa, jos hän saa asiallista tietoa ja ymmärtää, mitä perheessä tapahtuu. Esimerkiksi vanhemman sairaudesta ja sen tuomista muutoksista vanhemman käyttäytymiseen kannattaa kertoa lapselle tämän ikätason mukaisesti. Jos vanhemmilla on ollut erimielisyyksiä, on tarpeen kertoa lapselle myös riitojen selvittämisestä ja siitä, ettei riitojen syy ole ollut lapsessa.

Aikuisen malli on tärkeä lapsen kehitystä ohjaava tekijä jo lapsen leikki-iässä. Aikuisten on joskus tarpeen havahtua huomaamaan omien suhtautumis- ja toimintatapojensa siirtyminen lapselle. On tärkeää, että lapsi ymmärtää vanhempien välittävän sekä toisistaan että hänestä, ja että molemmat pitävät hänestä huolta. Lapsen myönteiseen kehitykseen kuuluu oppia tuntemaan myötätuntoa toista ihmistä kohtaan sekä lohduttamaan vaikeuksissa olevaa.

Lapselta ei pidä vaatia liikaa: kyvyt ja taidot ovat vielä kehittymässä. Alle kouluikäiseltä ei voi odottaa kovin pitkää keskittymiskykyä. Havainnointikyky on tarkka, kun lapsi on motivoitunut, mutta esimerkiksi liikenteen seuraamiseen se ei vielä riitä. Lapselta ei voi vaatia myöskään monimutkaista abstraktia ajattelukykyä.

SUOSITUS:

Neuvolan tehtävänä on pitää esillä lapsen näkökulmaa ja auttaa vanhempia ajattelemaan asioita lapsen näkökulmasta sekä ottamaan se huomioon perheen arjessa. Vanhemmille kerrotaan leikin, puhumisen ja lukemisen sekä yhdessä olemisen ja tekemisen merkityksestä lapsen kehitykselle.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Ikonen T, Marttila S & Vaijärvi K. 1978. Lue lapselle. Weilin & Göös, Helsinki.

Jarasto P & Sinervo N. 1997. Alle kouluikäisen lapsen maailma. Gummerus, Jyväskylä.

Suojala M & Karjalainen M. (toim.) 2001. Avaa lastenkirja. Lasten Keskus, Helsinki.

7

Neuvolan tehtävät perheiden tukemisessa

7

NEUVOLAN TEHTÄVÄT PERHEIDEN TUKEMISESSA

Lapsen ja hänen vanhempiensa aito kohtaaminen luo pohjan perheen ja neuvolahenkilöstön yhteistyölle. Hyvä yhteistyösuhde mahdollistaa lapsen ja perheen tuen tarpeiden tunnistamisen, perhekohtaisten tavoitteiden asettamisen ja suunnitelman laatimisen. Erilaiset menetelmät, kuten tiedollisen ja emotionaalisen tuen antaminen, perustuvat lapsen ja perheen tarpeisiin. Näistä suurin osa tunnistetaan määräaikaistarkastuksissa. Kokonaiskäsityksen muodostaminen asiakaskunnan tarpeista on toisaalta hallinnollinen tehtävä, mutta se auttaa myös perhekohtaista toimintaa. Hyvin suunnitelluista ja toteutetuista neuvolapalveluista voidaan odottaa tavoitteiden suuntaisia tuloksia.

7.1 Lapsen kohtaaminen neuvolassa

Lastenneuvolan ensisijaisena tarkoituksena on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin varmistaminen. Tästä syystä lapsen näkökulman pitää olla aina ensisijainen. Lapsilähtöinen työote ei ole kuitenkaan itsestään selvyyssosiaali- ja terveydenhuollossa. Sitä on kehitetty perhekeskeistä työkentelyä hyödyntävissä kehittämishankkeissa (esim. Forsberg 2000 ja 2002). Myös neuvolakäyntejä ja neuvolaympäristöä on tarpeen arvioida ja kehittää edelleen lapsen näkökulmasta.

Jokainen kohtaaminen lapsen kanssa on potentiaalisesti ratkaiseva lapsen myöhemmän elämän kannalta. Lapsi aistii herkästi sanatonta viestintää. On tärkeää, että lapselle jää kohtaamisesta tunne siitä, että hän on tärkeä ja arvokas, että aikuiset kuuntelevat häntä, ja että aikuiset haluavat suojella ja tukea häntä. Lapsen tulee voida tuntea, että hän on neuvolakäynnin päähenkilö. Lapsen kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, mistä hänen läsnä ollessaan puhutaan.

On tärkeää, että lapselta itseltään kysytään hänen voinnistaan sekä siitä, mitkä asiat tuottavat hänelle iloa tai huolta. Se, että lapselle selitetään hänelle tehtävät tutkimukset ja toimenpiteet, osoittaa lapsen arvostamista. Lapsen tutkiminen on paras suorittaa leikinomaisesti. Siksi tutkimushuoneissa on hyvä olla asianmukainen varustus leikkivälineitä kuten palikoita, palapelejä, kirjoja ja pallo. Lapsen näkökulmasta rokotukset ovat neuvolavastaanoton keskeisin ja pelottavin osa (Okkonen 1999). On luonnollista, että lapsen kipua pyritään kaikin tavoin ehkäisemään ja vähentämään. Lapselle tulee kuitenkin rehellisesti etukäteen kertoa pistämisen aiheuttamasta kivusta ja sen lyhyehköstä kestosta. Tärkeää on myös hyväksyä lapsen tuntema kipu ja suhtautua pelkäävään lapseen kunnioittavasti ja lohduttaen.

Lapselle on syytä antaa riittävästi aikaa tutustua uuteen ympäristöön ja uusiin ihmisiin. Lapsi ei osaa suoriutua tehtävistä nopeasti ja tehokkaasti. Hänen pitää saada myös kokea onnistumisen iloa. Jokainen lapsi on ainutkertainen, ja hänestä löytyy puolia, joita voi rehellisesti kehua ja ihailla. Erityistä huomiota on tarpeen kiinnittää nk. hiljaisiin lapsiin.

Hyvä neuvolaympäristö on turvallinen ja toisaalta lapselle riittävän mielenkiintoinen. Se antaa mahdollisuuksia mielekkääseen puuhailuun odotustiloissa ja vastaanottohuoneessa.



SUOSITUS:

Jokaisen neuvolakäynnin yhteydessä toimitaan lasta arvostaen ja kunnioittaen, samalla huomioiden kunkin lapsen yksilöllinen elämäntilanne ja siihen kuuluvat aikuiset. Lasta haastatellaan ikätasoisesti, ja hänelle annetaan riittävästi aikaa ja positiivista palautetta. Neuvolaympäristö suunnitellaan lapselle mieluisaksi.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Okkonen T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.

7.2 Hyvä yhteistyösuhde vanhempiin – avain voimavarojen vahvistamiseen

Tavoitteena dialogi

Lapsen ja perheen monipuolisen ja tuloksellisen tukemisen edellytys on myönteinen ja luottamusta herättävä yhteistyösuhde neuvolan työntekijän ja perheenjäsenten välillä. Perheet odottavat tulevansa kuulluiksi ja voitavansa keskustella heille ajankohtaisista asioista. Tällainen suhde perustuu kumppanuuteen. Se on pikemmin keskinäinen dialogi kuin työntekijän monologi. Hyvän yhteistyösuhteen olennaisia piirteitä ovat vastavuoroisuuden lisäksi rehellisyys, sitoutuminen, reflektiivisyys ja vanhempien yksilöllisyyden kunnioittaminen. Siihen kuuluvat myös aitous, herkkyys tunnistaa vanhemman tunteita ja hyväksyä ne, hienotunteisuus sekä perheen valinnanvapauden kunnioittaminen. (Falk-Rafael 2001.) Dialoginen vuorovaikutussuhde mahdollistaa tunteista ja voimavaroista keskustelemisen, tarjoaa mahdollisuuksia vanhempien aktiiviseen osallistumiseen ja päätöksentekoon sekä antaa vanhemmille tunteen kiireettömyydestä ja kuulluksi tulemisesta. Vanhempien olisi koettava, että terveydenhoitaja on aidosti kiinnostunut lapsen, vanhemman ja perheen hyvinvoinnista. Lähtökohtana ovat vanhempien ja heidän elämäntilanteensa riittävä tuntemus. Vanhemmille annetaan myönteistä rehellistä palautetta, osoitetaan lapsiperheiden mahdollisten pulmien tavallisuus, autetaan varautumaan

mahdollisiin kielteisiin tai pulmallisiin tapahtumiin tai kehityskulkuihin, ja rohkaistaan vanhempia antamaan palautetta neuvolatoiminnasta.

Jos lapsesta huolehtivat vanhemmat asuvat eri talouksissa, terveydenhoitajan olisi hyvä tavata heitä molempia. Kirjallinen materiaali voi olla tarpeen antaa kahtena kappaleena tai lähettää toiset kappaleet vanhemmalle, joka ei päässyt neuvolatapaamiseen. On tärkeää, ettei neuvola henkilökunta ota kantaa toisen vanhemman puolesta toista vanhempaa vastaan. (Ks. myös luku 16.12 Monimuotoinen perhe)

Hyvä vuorovaikutussuhde on erityisen tärkeä pitkäaikaisessa työskentelyssä. Jos perheellä on pulmia, hyvä yhteistyösuhde mahdollistaa voimavarakeskeisen työtteen (myös Kettunen ym. 2002) ja vaikeiden asioiden käsittelemisen. Jos vanhemmat onnistutaan saamaan yhteistyökumppaneiksi, ja työskentelyn lähtökohtana ovat pääasiassa vanhemmista lähtevät tavoitteet, neuvolan mahdollisuudet tukea lapsiperhettä ovat hyvät.

Ensimmäinen tapaaminen

Ensimmäinen tapaaminen on usein ratkaiseva, sillä silloin luodaan puitteet vanhempien ja työntekijän tulevalle vuorovaikutukselle ja rooleille. On tarpeen miettiä, miten äiti ja isä voisivat omaksua aktiivisen osallistujan ja täysivaltaisen vanhemman roolin heti alusta alkaen. Siten he eivät jäisi passiivisiksi neuvojen vastaanottajiksi. Vanhempien odotusten ja näkemysten yksilöllinen selvittäminen on tärkeää, jotta neuvola pystyisi tukemaan perhettä tuloksellisesti ja kustannuksiltaan edullisesti. Vanhemmille on tarpeen kertoa neuvolan toimintatavoista ja -muodoista sekä resursseista, jotta perhe tietää, mitä se voi lastenneuvolatyöryhmältä odottaa. Myös neuvolan tavoitteet vanhempien aktiivisesta osallistumisesta yhteistyöhön ja neuvolatoiminnan kehittämiseen on hyvä kertoa. Vanhempien näkökulmasta on hyödyllistä, että lastenneuvolatoiminnasta on kirjallinen esite yhteystietoineen. Esitteessä on luontevaa kertoa myös kunnan muista lapsiperheiden palveluista ja perhepalveluverkoston toiminnasta pääpiirteissään.

Haastattelutaidot

Hyvään yhteistyösuhteeseen kuuluvat neuvolan työntekijän haastattelu- ja keskustelutaidot. Ne ovat avainasemassa, kun tutustutaan perheeseen, tunnistetaan mahdollinen tuen tarve tai kun puututaan perheen tilanteeseen. Hyvään haastatteluun kuuluu asiakasta kunnioittava tapa, taitavasti muotoillut kysymykset ja vastausvaltuuden antaminen vanhemmille. Haastattelutaitojen kehittämiseksi voi tutustua motivoivaa tai interventiivistä haastattelua ja voimavarakeskeistä neuvontakeskustelua käsittelevään kirjallisuuteen (esim. Hirvonen ym. 2002, Kettunen ym. 2002, myös Falk-Rafael 2001). Interventiivisellä haastattelulla tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa kaikki, mitä haastatteluun tai vuorovaikutukseen osallistuva tekee, voidaan käsittää interventioksi eli asioihin puuttumiseksi. Kysymyksiä voidaan arvioida sen mukaan, vahvistavatko

ne yksilön tai perheen käyttäytymistä, kyseenalaistavatko ne heidän käyttäytymisensä tai tilanteen, tai saavatko ne etsimään uusia näkökulmia ja ratkaisuja tilanteeseen.

Tietoa hakevat kysymykset ovat yleensä suoria ja lyhyitä. Niiden avulla etsitään käsitystä perheen tilanteesta ja terveydestä. Ne korostavat terveydenhoitajan roolia kysyjänä ja asiantuntijana, eivätkä kovin hyvin mahdollista keskustelua tunteista. *Vanhemman omaa ajattelua, omien voimavarojen tunnistamista ja ratkaisujen etsimistä tukevat (refleksiiviset) kysymykset* mahdollistavat vanhemman ja terveydenhoitajan tasavertaisen osallistumisen ja vuorovaikutuksen sekä tunteista keskustelun. Näin ne tukevat ajatusta yhdessä työskentelystä. Refleksiiviset kysymykset voivat auttaa tiedostamaan ja jäsentämään omaa elämäntilannetta ja siinä mahdollisesti tarvittavia muutoksia. Lisäksi ne auttavat vanhempaa löytämään itse ratkaisuja omiin ongelmiinsa. Perheen tilanteeseen puuttuttaessa saatetaan tarvita myös *vastakkainasettelun taitoja* (konfrontointi). Tällöin työntekijä antaa vanhemmalle havaintoihinsa perustuvaa palautetta saamastaan ristiriitaisesta informaatiosta (esim. ”kerrotte, että kaikki on hyvin, mutta minusta näytätte hyvin väsyneeltä”). Työntekijän on tärkeää itse tiedostaa omien kysymystensä ja oman puheensa tarkoitus. Tarvittaessa hän voi tietoisesti harjoitella eri tyyppisten kysymysten tekemistä. Uudenlaisten avointen kysymysten seurauksena voi parhaimmillaan havaita asiakkaankin toimivan uudella tavalla ja etsivän uutta näkökulmaa tilanteeseensa.

Asiakaspalautteen avulla saa tietoa mm. vanhempien kokemuksista. Vakiintuneena työmuotona sen avulla voidaan saada täsmätietoa neuvolatoiminnan hyödyllisyydestä ja laadusta. Asiakaspalautteen saamisessa voidaan hyödyntää myös internetiä.

SUOSITUS:

Neuvolassa kehitetään työntekijän ja vanhemman välistä yhteistyösuhdetta kumppanuuden ja dialogin suuntaan. Yhteistyön lähtökohtana ovat vanhempien tarpeet, voimavarat ja huolet. Jokaisella käyntikerralla selvitetään asiakasperheen päällimmäiset odotukset ja mahdolliset huolet. Neuvola jakaa asiakkailleen palveluista kertovan esitteen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Hirvonen E, Pietilä A-M & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä A-M ym. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, 219-242.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5), 213-222.

7.3 Perheiden tuen tarpeiden tunnistaminen

Neuvolatyön keskeisenä peruseriaatteena on tunnistaa lapsen ja perheen tuen tarve, puuttua asioihin mahdollisimman varhain ja ehkäistä tällä tavalla vaikeuksien pahenemista. Erityistukea tarvitaan, kun lapsessa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka saattavat uhata lapsen tervettä kehitystä. Neuvolan on syytä puuttua näihin tekijöihin vaikeuksien kasautumisen ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Monilla perheillä on myös pienempää tuen tarvetta, johon neuvola voi vastata.

Yleisesti arvioidaan, että noin 70 % lapsista ja heidän perheistään voi hyvin, eikä heillä ole erityistä tuen tarvetta. Erityisen tuen tarpeessa olevien määräksi on arvioitu 10–30 % perheistä. Noin 10 % neuvolaikäisistä lapsista kasvaa perheissä, joissa on lasten psykososiaalista kasvua ja kehitystä haittaavia tai vaarantavia ongelmia. Lasten psyykkisen ja sosioemotionaalisen oireilun arvioidaan olevan tätä runsaampaa (Kumpulainen ym. 1994, Puura 1998). Tämän päivän eräinä pulmina pidetään vanhempien välinpitämättömyyttä lapsista ja vanhemman ja lapsen kiintymyssuhteen liittyviä ongelmia.

Alle kouluikäisten lapsiperheiden tuen tarpeet ovat useiden tutkimusten mukaan varsin samansuuntaisia. *Vanhemmukseen liittyviä ongelmia ovat* äitien ja isien uupumus, epävarmuus tai tietämättömyys vanhempana, perheen arjen hallinta ja äidin masennus. Vanhemmilla voi olla kielteisiä tunteita lasta kohtaan tai muita kiintymyssuhteen pulmia, tai vanhemmuudesta on kadonnut ilo. Jotkut aikuiset tarvitsevat tukea lapsen tarpeiden tunnistamiseen ja itsetuntonsa vahvistamiseen vanhempana. *Lasten kasvatukseen ja hoitoon* liittyvät pulmat voivat liittyä lapsen käyttäytymiseen, luonteeseen, itsetuntoon, nukkumishäiriöihin, imetykseen, hoidon ongelmiin ja rajojen asettamiseen. *Parisuhdetta koettelevat* yhteisen ajan puute, keskinäiset ristiriidat, puutteellinen kyky keskustella asioista, avio- tai avoeroproessi sekä aikaisempiin avio- tai avosuhteisiin liittyvät ongelmat. *Elämäntilanteeseen liittyviä pulmia ovat* puutteelliset sosiaaliset verkostot, taloudelliset huolet, elämäntilanteen muutokset, asumiseen ja ympäristöön liittyvät tekijät, vaikeus saada tilapäistä lasten- tai kodinhoitoapua. (Häggman-Laitila ym. 2000, Löthman-Kilpeläinen 2001, Puura ym. 2001, Heimo 2002).

Isän osallistumattomuus raskausaikana perhevalmennukseen saattaa heijastaa parisuhteen tai vanhemmuuden ongelmia, joten asiasta kannattaa keskustella vanhempien kanssa.

Tuen tarpeen tunnistamisessa on puutteita. Perheet itse tunnistavat tuen tarpeensa liian myöhään. Lapsen tilannetta saatetaan seurata pitkään, ennen kuin haetaan apua. Puuran (1998) tutkimustulosten mukaan lastenpsykiatria häiriöitä ei tunneta riittävästi, ja vain 10 %:lle masentuneista lapsista oli haettu apua. On viitteitä siitä, että neuvolassa tunnistetaan paremmin lapsen fyysiseen, motoriseen ja kielelliseen kehitykseen liittyvät ongelmat kuin lapsen emotionaaliset ongelmat ja perhevaikeudet (Strid

1999). Heimon (2002) mukaan terveydenhoitajat keräävät vähemmän tietoa perheen elämäntilanteesta ja sosiaalisista suhteista kuin esimerkiksi lapsenhoidosta ja perheen terveydestä. Terveydenhoitajat itse arvioivat tunnistavansa parhaiten odottavan äidin raskaudenaikaisia pelkoja, vanhempien jaksamiseen liittyviä ongelmia sekä arkipäivän tilanteisiin liittyvää avuttomuutta. Huonoiten tunnistetaan lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä, perheväkivaltaa, lapsen psyykkistä pahoinpitelyä ja isän päihdeongelmia. Terveydenhoitajat tunnistivat noin 70 % perheistä, joissa oli jokin tuen tarvetta aiheuttava riskitekijä (Puura ym. 2002).

Perhekohtaisen tuen tarpeen tunnistamista neuvoloissa on tarpeen kehittää. Tämä edellyttää työntekijöiden valmiuksien ja välineiden sekä moniammattillisen yhteistyön kehittämistä. Lisäksi on tarpeen sopia jatkotoimenpiteistä ja huolehtia seurannasta. Tuen tarpeiden tunnistamisvalmiuksiin kuuluu, että terveydenhoitaja ottaa rohkeasti puheeksi tuntemansa huolen. Hänellä saattaa olla intuitiivinen tunne, että perheessä on kuormittavia tekijöitä, vaikka niitä on vaikea havaita tai saada keskustelussa esille. Terveydenhoitajien on todettu välttelevän huolen oma-aloitteista suoraa puheeksi ottamista vanhempien kanssa, sillä he saattavat pelätä suhteen huononevan. Kuitenkin valtaosa suhteista paranee ja saa avoimemman alun, kun huoli otetaan puheeksi. (Arnkil & Eriksson 1998). Stakes julkaisee lähiaikoina puheeksiottamisen oppaan.

SUOSITUS:

Neuvolassa työskentelevät kehittävät valmiuksiaan tunnistaa perheiden tuen tarpeita.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Arnkil T & Eriksson E. 1998. Yritämme ottaa päihdeasian puheeksi. Dialogi 3-4.

7.4 Lomakkeet varhaisen puuttumisen apuvälineinä

Hyvä yhteistyösuhte luo perustan perheen tilanteeseen tutustumiseen. Monista aihepiireistä käytävää keskustelua voidaan helpottaa ja jäsentää erilaisin lomakkein. Lomakkeet voivat olla ajankäytön kannalta järkeviä, etenkin jos vanhemmat täyttävät lomakkeet kotona yhdessä keskustellen. Lomakkeet tehostavat ja syventävät neuvolatyötä, jos ne auttavat vanhempia yhdessä jäsentämään elämäntilannettaan, miettimään tarvittavia ratkaisuja ja ottamaan asioita puheeksi neuvolassa. Ne mahdollistavat varhaisen puuttumisen perheen tilanteeseen, mitä perheet itse pitävät yleensä toivottavana. Vanhempien kotona täyttämät strukturoidut lomakkeet antavat useimmissa tapauksissa luotettavaa tietoa myös lapsen kehityksestä ja ongelmista, sillä vanhemmat näkevät lapsensa useam-

manlaisissa tilanteissa kuin neuvolassa hyväkään asiantuntija voi nähdä. Varsinkin psyykkisen kehityksen alueella neuvolassa tehdyn arvioinnin luotettavuus voi jäädä alhaiseksi.

Näin lomakkeet auttavat myös kohdentamaan neuvolassa annettavaa ohjausta ja tukea. Lomakkeet auttavat erityisesti nuorempia työntekijöitä pääsemään keskustelun alkuun. Kokeneen työntekijän haastatteluidot auttavat keskustelua aroistakin aiheista. Kunnassa on hyvä tehdä yhteinen päätös siitä, mitä lomakkeita kokeillaan ja otetaan käyttöön ja kuinka lomakkeiden käyttöä seurataan. Tällöin tarvitaan tietoa näiden tiedonkeruuvälineiden luotettavuudesta, mm. siitä, että ne todella antavat sitä tietoa, jota niiden on tarkoitus antaa. Tietoa tarvitaan myös lomakkeiden käyttöön liittyvistä ohjeista. Tarvittaessa järjestetään työntekijöille lisäkoulutusta.

Tällä hetkellä on olemassa erilaisia suppeampia teemakohtaisia ja laajempia perhetilannetta tarkastelevia lomakkeita. Esimerkkejä teemakohtaisista lomakkeista ovat synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen tarkoitettu mielialalomake (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (luku 16.2, liite 13a), vanhempien alkoholin käyttöä selvitelevä lomake (10 Henkilökohtaista kysymystä, ks. luku 14.6 ja 16.6), ja lomake parisuhdeväkivallan seulomiseksi äitiys- ja lastenneuvolassa (Perttu 2004, luku 16.5, liite 14). Niilo Mäki Instituutissa on kehitetty menetelmiä varhaisen kielen ja kommunikaation arviointiin (Lyytinen 1999), leikin arviointiin (Lyytinen 2000) sekä varhaisen ääntelyn ja motoriikan päiväkirjat (Lyytinen ym. 2000).

Mielialalomakkeen voi täyttää 6–8 viikon ikäisen vauvan äiti joko itse tai yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Kun kysymykset käydään läpi yhdessä, ei ole tarpeellista pisteyttää vastauksia. Kysely antaa tukea ja rohkeutta ottaa arkojakin aiheita puheeksi. (Cox ym. 1987). Lomakkeen luotettavuus masennuksen tunnistamisessa on osoitettu useissa tutkimuksissa. Lomaketta on testattu kansainvälisissä ja kotimaisissa tutkimuksissa (mm. Tamminen 1990, Luoma 2004).

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -projektissa käytettyjen haastattelulomakkeiden tarkoituksena on auttaa vanhempia keskustelemaan avoimesti nykyisestä elämäntilanteestaan ja tulevaisuudesta sekä sopeutumaan vauvan tuomiin muutoksiin. Raskaudenaikaista tilannetta selvittävän lomakkeen avulla (liite 11) käsitellään muun muassa naisen nykyraskauteen liittämiä tunteita, perheen tukea, ennakoituja muutoksia perhe-elämässä, raskaana olevan naisen minäkuva, odotuksia ja näkemyksiä syntymättömästä lapsesta. Lapsen syntymän jälkeisessä haastattelussa (liite 12) käsitellään synnytystä, psyykkistä terveyttä, perheen suhtautumista, äidin lasta koskevia huolenaiheita ja näkemyksiä lapsesta, äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta ja viestintää sekä äidin tunne-elämän voimavaroja vastata vauvan tarpeisiin (ks. myös luvut 9.2 ja 9.3 kotikäynnit). Lomakkeita on käytetty koulutuksen tukemana mm. kahdessa kansainvälisessä tutkimuksessa (Tsiantis ym. 2000, Puura ym. 2002). Kansainvälisessä versiossa haastattelu on tutki-

muksellisista syistä kohdistettu äideille. Suomessa terveydenhoitajat ovat ottaneet isät mukaan ja soveltaneet haastattelua molempia vanhempia koskevaksi (Kurki ym. 2000). Saadut kokemukset lomakkeista ovat erittäin myönteisiä.

MLL:n Lapsiperhe-projektissa kehitetyn *perhetilannepuntarin* tarkoituksena on hahmottaa perheen kokonaistilannetta ja tuen tarpeita. Perheenjäsenet arvioivat itsenäisesti tai yhdessä työntekijän kanssa, minkä verran esimerkiksi vanhempien keskinäinen suhde, vanhempien yhteisen ajan määrä, asioista sopiminen ja äidin mieliala ovat painaneet mieltä. Lomakkeen avulla voidaan tunnistaa vanhempien ja lasten erilaiset käsitykset asioista ja keskustella niistä. Samalla saadaan esille perheen vahvuuksia. (Häggman-Laitila ym. 2000, lomake on saatavissa osoitteessa: www.mll.fi.) Lomaketta testataan oppinäytetöissä.

Perheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamiseksi odotusaikana (liite 9) (Kaljunen 2002) ja *alle 1-vuotiaan perheessä* (Vauvaperheen arjen voimavarat, liite 10) on kehitetty ja kokeiltu lomakkeita (Pelkonen & Hakulinen 2002). Lomakkeiden aihepiirit ovat lähes samantyyppiset. Tarkoituksena on auttaa vanhempia tiedostamaan elämäntilanteensa, keskustelemaan siitä yhdessä ja tarvittaessa suunnittelemaan siihen muutoksia. Vanhempia rohkaistaan keskustelemaan teemoista neuvolassa niin halutessaan. Lomakkeiden käytöstä saadut arvioinnit ja palautteet vanhemmilta, terveydenhoitajilta ja terveydenhoitajaopiskelijoilta ovat olleet varsin myönteisiä.

Vanhemmuuden roolikartta (Rautiainen 2001) auttaa tunnistamaan ja keskustelemaan vanhemmuuden rooleista konkreettisella arkipäivän tasolla (ks. luku 6.1). Se auttaa vanhempia arvioimaan omaa toimintaansa ja sen kehittyneisyyttä suhteessa lapsen tarpeisiin ja ikävaiheisiin. Neuvolassa työntekijät voivat käyttää karttaa keskustellessaan vanhempien kanssa perhevalmennuksessa, vastaanotoilla ja kotikäynneillä. Työntekijä voi pohtia, miten hän tukee vanhempia näiden moninaisissa rooleissa. Pohdiskelun taustaksi hän voi tarkastella myös omaa vanhemmuuttaan. Jotkut terveyskeskukset ovat laatineet roolikarttaan liittyviä ikäkausikohtaisia lehtisiä vanhemmille jaettavaksi (esim. Kuopio) tai laittaneet seinälle virikkeeksi roolikarttajulisteen. Luotettavuudesta ei ole raportoitu.

Parisuhteen roolikartta on kehitetty Vanhemmuuden roolikartan toiminta-ajatuksen pohjalta (Airikka 2003). Julkaisussa esitetään parisuhteen viisi keskeistä osa-aluetta, jotka kuvaavat ihmisen motivaatiota olla parisuhteessa. Roolit ovat kumppani, suhteen vaalija, rakastaja, arjen sankari ja rajojen kunnioittaja. Parisuhteen roolikarttaa voi käyttää työvälineenä mm. erilaisessa perhetyössä ja keskusteluryhmissä. Luotettavuudesta ei ole raportoitu.

Huolen vyöhykkeistö ja huolen puheeksiottomenetelmä on kehitetty varhaiseen puuttumisen apuvälineeksi (Arnkil ym. 2000). Huolen vyöhykkeistö on osoittautunut hyväksi työvälineeksi arvioida omaa, lasta koskevaa huoltaan ja moniammatillisen yhteistyön tarvetta. Tavoitteena

on saada työntekijät keskustelemaan, mitä on tehtävissä pienten huolten häivyttämiseksi, harmaan vyöhykkeen tilanteiden selkeyttämiseksi ja suurten huolten vähentämiseksi. Lomake on kehitetty työntekijän työskentelysuhteiden ja niissä koettujen huolten jäsentämistä varten. Sitä ei ole tarkoitettu lasten luokitteluun. Huolen puheeksiottamiseen kehitetty puheeksiottolomake sisältää valmistautumista auttavia kysymyksiä, joita hyvä työtoveri esittäisi, kun kollega aikoo ottaa hankalan asian esiin huoltajan kanssa. Lomakkeen käytöstä on kerätty palautetta, joka on ollut myönteistä. Lomake löytyy sivuilta www.stakes.fi/hyvinvointi/verk.

Genogrammin eli sukupuun piirtäminen yhdessä vanhempien kanssa voi auttaa jäsentämään ja hahmottamaan perhetilanteen ja ihmissuhdeverkoston monimuotoisuutta esimerkiksi uusperheiden kohdalla (esim. Friedman 1992). Sukupuun avulla sekä perheen että työntekijän on helpompi jäsentää ihmissuhdeverkostoa lapsen näkökulmasta ja kehittää yhteydenpitomahdollisuuksia verkoston jäseniin. Sukupuun voi myös auttaa löytämään aikuisia, jotka voisivat tarvittaessa antaa lapselle lisätukea. Testauksesta Suomessa ei ole tietoa.

Joitakin edellä mainituista lomakkeista voisi käyttää myös siten, että neuvolasta lähetetään tietyn ikäisen lapsen vanhemmille neuvolakutsu ja samalla lomake etukäteen täytettäväksi. Vanhemmat voivat kaikessa rauhassa täyttää lomakkeen kotona ja miettiä jo etukäteen aiheita, joista haluavat seuraavalla neuvolakäynnillä keskustella. Jatkossa tarvitaan lisää tietoa näiden tiedonkeruuvälineiden luotettavuudesta ja herkkyydestä.

SUOSITUS:

Varhaisen puuttumisen ja asiakaskeskeisyyden tehostamiseksi neuvolassa otetaan käyttöön asiakasperheille soveltuvia lomakkeita.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Airikka S. 2003. Parisuhteen roolikartta. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Raportteja 253. Stakes, Helsinki.

Rautiainen M. (toim.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelle. Käytäjän opas 2. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

7.5 Yksilöllisten palvelujen suunnittelu lapsille ja perheille

Ollakseen tuloksellista neuvolatoiminnan on oltava tavoitteellista, suunnitelmallista ja oikein kohdennettua. Etenkin silloin, kun perhe tarvitsee erityistä tukea, suositellaan, että yhteistyössä perheen kanssa laaditaan lapsi- ja perhekohtainen suunnitelma. Suunnitelmassa asetetaan tavoitteet ja sovitaan käytettävistä menetelmistä, tarvittavista palveluista ja

toiminnan arviointitavoista. Vanhemmat ovat ensisijaisia tavoitteiden asettajia, mutta on muistettava, että keskeisintä on lapsen eikä vanhempien hyvinvoinnin turvaaminen. Suunnitelmaan sisältyy myös tuen tarpeen priorisointi yhdessä perheen kanssa.

Lapsiperhe-projektissa on kehitetty perhepalvelusuunnitelma tuen tarpeen määrittelyyn, tavoitteiden asettamiseen ja keinojen suunnitteluun. Lomaketta on käytetty myös perhetyön vaikuttavuuden arviointiin. (Häggman-Laitila ym. 2000.)

Neuvolan tuki suositellaan kohdennettavaksi nykyistä voimakkaammin tiettyihin lapsen kehitysvaiheisiin ja perheen elämäntilanteisiin. Lapsen kehityksen ja vanhemmuuden kannalta kriittisiä vaiheita ovat vauvan ensimmäiset kuusi kuukautta sekä lapsen tahtomisikä lapsen ollessa 1,5 – 3 vuotta. Kohdennettua tukea voivat tarvita myös vanhemmat, joiden lapset ovat tavallista vaikeahoitoisempia, sekä muut erityistukea tarvitsevat vanhemmat (ks. luvut 15 ja 16). Tiheät tapaamiset tietyssä vaiheessa tai elämäntilanteessa voivat tuoda ratkaisevan helpotuksen perheen elämään. Ne voivat ehkäistä tilanteen pahenemista tai jopa kriisiytymistä ja auttaa näin perheitä selviytymään eteenpäin.

SUOSITUS:

Neuvolassa annettavaa tukea kohdennetaan lapsen kolmeen ensimmäiseen ikävuoteen sekä erityistukea tarvitseviin perheisiin. Erityistukea tarvitseville perheille laaditaan tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista seurataan ja arvioidaan.

7.6 Voimavaralähtöiset työmenetelmät perheiden tietojen ja taitojen tukemisessa

Neuvolan eräänä terveyttä edistävänä tehtävänä on vahvistaa perheiden omia voimavaroja siten, että he pystyvät toimimaan mahdollisimman itsenäisesti lasten kehityksen ja koko perheen terveyden hyväksi. Toiminnan yleisperiaatteeksi suositeltu voimavaralähtöisyys ei tarkoita silmien sulkeamista elämää kuormittavilta pulmatilanteilta. Siinä otetaan lähtökohdaksi perheen vahvuudet, niiden tunnistaminen ja kehittäminen sekä uusien vahvuuksien synnyttäminen. Keskeistä on perheen tietoisuus omista voimavaroista ja niitä kuormittavista tekijöistä sekä tavoitteellinen toiminta omien voimavarojen lisäämiseksi. Perhettä autetaan kehittämään omia voimavarojaan ja vähentämään kuormittavia tekijöitä.

Voimavaralähtöisen työskentelyn edellytyksenä on hyvä yhteistyösuhde (luku 7.2). Sen avulla on mahdollista lisätä vanhempien tietoisuutta sekä heidän tarvitsemiaan tietoja ja taitoja. Vanhempien tietoiseksi tuleminen

omasta elämäntilanteestaan ja sen suomista mahdollisuuksista (esimerkiksi keskustelun, lomakkeen täyttämisen avulla) on usein edellytyksenä voimavarojen vahvistumiselle. Muita voimavaralähtöisiä menetelmiä voivat olla merkityksellisen tiedon tarjoaminen, vanhempien tukeminen taitojen kartuttamisessa sekä vanhemman itsetunnon ja henkilökohtaisen hallintantunteen lujittaminen. Tärkeitä menetelmiä ovat myös perheen auttaminen valinnanmahdollisuuksien tunnistamisessa ja perheen sosiaalisen verkoston vahvistamisessa. Käytännössä menetelmät eivät ole kovin tarkkarajaisia. Seuraavassa käsitellään tietojen antamista, taitojen opettamista sekä emotionaalisen tuen tarjoamista lähinnä yksilötasolla. Lapsiperheiden terveyden edistämässä on tarkoituksenmukaista toteuttaa monipuolisia työmenetelmiä ja toimintamalleja ja räätälöidä niitä perheiden yksilöllisen tuen tarpeen mukaan. (Pelkonen & Hakulinen 2002.)

Neuvolan tehtävä perheen neuvojana ja ohjaajana

Neuvolan tehtävänä on mahdollistaa vanhemmille heidän tarpeidensa ja odotustensa mukainen ajantasainen tieto lapsen suotuisan kehityksen ja koko perheen terveyden edistämiseksi. Neuvolan nimi viittaa neuvojen antamiseen, mitä on kuitenkin syytä tarkastella kriittisesti ja monipuolisesti. Neuvonnan tavoitteena on muun muassa tukea vanhempien itseluottamusta sekä perheelle soveltuvien ja sen terveyttä edistävien valintojen tekemistä.

Perheiden tarpeista lähtevän yksilöllisen ohjauksen kehittäminen on eräs neuvolan haasteista. Ohjausta ja neuvontaa on tarpeen kehittää muun muassa silloin, jos vanhemmat kokevat ohjauksen rutiininomaiseksi tai moralisoivaksi, tai jos työntekijä kokee itse toimivansa vanhojen kaavojen mukaan. Yksilöllinen ohjaus edellyttää muun muassa vanhempien aikaisemman tietoperustan riittävää tunnistamista ja yksilöllisten keinojen suunnittelemista. Terveystieteiden ei yleensä kannata antaa ensimmäisenä neuvoja ja ohjeita kuuntelematta vanhempaa. Asiakaslähtöisyyden periaatteiden mukaista on kuunnella perheitä ja rohkaista heitä löytämään ratkaisuja itse.

Neuvolan työntekijän ammattitaidon varassa on päätellä, minkälaista tietoa, milloin ja missä muodossa hän kullekin perheelle antaa. Ohjauksessa käsitellään väistämättä perheen valintoja sekä elin- ja elämäntapoja. Vaikka perheellä on luonnollisesti oikeus omiin valintoihinsa, neuvolan henkilöstön tehtävänä on kuitenkin tarjota erilaisia vaihtoehtoja ja keskustella valintojen seurauksista lapsen ja koko perheen terveydelle ja hyvinvoinnille sekä antaa tutkimuksiin perustuvaa ajankohtaista tietoa perheen oman päätöksenteon perustaksi. Perheen kiinnostuksesta ja taustasta riippuen vanhempia ohjataan lisätiedon lähteille.

Jotta tiedosta tulisi voimaa antava tekijä, vanhempien on voitava hahmottaa sen merkitys omassa elämässään. Siksi tietoa on annettava riittävän ajoissa. Tapa, jolla tietoja annetaan, on tärkeä. Vääränlainen tai puutteellinen tieto saattaa pikemminkin lisätä pelkoja ja avuttomuutta kuin

luoda turvallisuutta. Lapsen hyvinvointiin tähtäävät ohjeet ja suositukset ilman tarkempia perusteluja tai tietoa siitä, mitä tapahtuu jos ohjeita ei noudata, saattavat horjuttaa vanhempien luottamusta omiin kykyihinsä. (Sevon & Huttunen 2002.)

Lapsi omaksuu perheensä tavat ja tottumukset ja muovaa näin tahdomattaan omaa kehitystään ja tulevaa terveyttään. Esimerkiksi liikuntatottumukset luodaan varhain, ja niiden merkitys tulevalle kehitykselle on osoitettu. Ravitsemuksen yhteydet suotuisaan kehitykseen ja toisaalta monille kansantaudeille altistumiseen ovat selvät. On esimerkiksi osoitettu, että äidin elämäntavalla on tilastollisesti merkitsevä yhteys lapsen käyttäytymispulmiin (Preski & Walker 1997). Määräaikaistarkastuksiin sekä terveyden edistämisen aiheisiin sisältyy lukuisia kysymyksiä, joista perheet tarvitsevat tietoa, ja joihin he tarvitsevat tukea. Niitä käsitellään myös luvuissa 10 ja 14. Sangen usein neuvolassa joudutaan keskustelemaan ristiriitaiseen tietoon suhtautumisesta.

Emotionaalinen tuen antaminen perheille

Tiedon lisäksi useimmat perheet odottavat emotionaalista tai sosioemotionaalista tukea elämäntilanteessaan. Tällainen tuki on luonteeltaan välittämistä, kunnioitukseen osoittamista, kuuntelemista, ymmärtämistä ja vahvistamista. Sen avulla pyritään lujittamaan vanhemman itseluottamusta, selviytymistä ja omien valintojen ja ratkaisujen tekemistä sekä vastuunottoa. Tavoitteena on tukea vanhemmuutta, parisuhdetta ja koko perheen toimivuutta. Hyväksyvä ilmapiiri antaa vanhemmalle tilaisuuden sekä ilmaista että kohdata omia epävarmuuden tunteitaan tai muita kielteisiä ajatuksia herättäviä kokemuksiaan. Yhtälailta se antaa tilaa myönteisten tunteiden verbalisoinnille. Hyvään yhteistyösuhteeseen sisältyy runsaasti emotionaalista tukea antavia ominaispiirteitä (ks. luku 7.2). Kuulluksi tulemisen ja välittämisen kokemus on erityisen tärkeä sellaiselle vanhemmalle, jolla on vaikealta tuntuva elämäntilanteessa vähän muita tuen lähteitä neuvolan lisäksi.

Muita työmenetelmiä

Tulevaisuuden neuvolatyössä tarvitaan uusia menetelmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi videoavusteinen perheohjaus sekä perhelähtöinen muutoksen suunnittelu. Videoavusteisella perheohjauksella tarkoitetaan vanhempien ja lasten toimintaa tarkastelevaa, tiiviskestoista interventio-ohjelmaa, jossa perhe osallistuu aktiivisesti tietyn elämäntilanteen ongelman ratkaisemiseen ja tilanteen muuttamiseen. Menetelmässä korostetaan vanhempien vahvuuksia ja vastuullisuutta, tavoitteena on perheen elämänhallinnan lisääminen. Videoavusteisesta perheohjauksesta on saatu myönteisiä tuloksia, ja siitä on esitetty sovellusmahdollisuuksia myös neuvolatyöhön. Ohjauksen käyttö edellyttää erityiskoulutusta ja harjaantumista (Eirola 2003).

Ohjattua perhelähtöistä muutoksen suunnittelua, jota on käytetty mm. sosiaalityössä, kutsutaan mm. eläytymismenetelmäksi tai tulevaisuus-

muistelumenetelmäksi. Siinä pyydetään aluksi asiakasta kuvittelemaan myönteinen tilanne, esimerkiksi muutos perheen elämässä. Sen jälkeen asiakasta pyydetään kertomaan, mikä on muuttunut perheen elämässä, ja mitä sitä ennen on tapahtunut. Asiakas hahmottaa muutoksen suunnittelun omista lähtökohdistaan ja omin sanoin. (Eskola & Pietilä 2002.) Lisäksi hän saattaa tunnistaa, minkälaisesta ulkopuolisesta tuesta voisi olla hänelle apua tämän muutoksen läpiviemisessä. Vastaavasti tulevaisuusmuistelumenetelmässä (Arnkil ym. 2000) eläydytään toiveiden suunnassa kuluneeseen vuoteen. Järjestetyssä tilaisuudessa oletetaan, että tilanne perheessä on hyvä. Perhettä pyydetään kuvailemaan, minkälainen hyvä tilanne olisi, sekä kertomaan, miten tilanne on muuttunut, mistä perhe on saanut tukea ja miten se itse on toiminut.

SUOSITUS:

Neuvolassa käytetään vanhempien ja lasten voimavaroja tukevia työmenetelmiä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Raportteja 253. Stakes, Helsinki.

7.7 Neuvontaa sähköpostitse, puhelimitse ja verkon kautta

Sähköpostista on tullut myös terveydenhuollon viestintämuoto. Sen käyttö edellyttää suunnittelua, pelisäännöistä sopimista ja mm. tietosuoja- ja kysymysten huomioon ottamista. Sähköpostia neuvonnan välineenä on toistaiseksi tutkittu vähän.

Erilaiset verkkopohjaiset palvelut ja verkkopohjainen tiedonvälitys yleistyvät. Useihin niistä on viitattu tämän oppaan sivuilla. A-klinikkasäätiön kehittämän Päihdelinkki-palvelun kautta voi osallistua keskusteluihin, erilaisiin testeihin ja tiedustella nimettömänä asiantuntijoilta päihteitä koskevia asioita. Väestöliitolla on nettipalveluita ja vuorovaikutteista seksuaalineuvontaa lapsiperheille. Vanhempien saatavilla on yhä enemmän terveyteen liittyvää tietoa ja ohjeita eri toimijoiden kotisivuilla. Neuvolassa on syytä kiinnittää vanhempien huomiota siihen, että verkossa oleva materiaali on tasoltaan vaihtelevaa ja että se voi olla myös virheellistä. Luotettavat terveysaiheiset verkkosivut täyttävät etukäteen asetetut laatu-kriteerit. Esimerkiksi valtiovarainministeriön vuonna 2003 käynnistämän hankkeen tuottamat laatu-kriteerit verkkopalvelujen arviointiin löytyvät osoitteesta www.laatuaverkkoon.fi.

Nettineuvola on esimerkki uudesta sähköisestä työvälineestä. Toistaiseksi se on äitiyshuollon käyttöön kehitetty kaupallinen tuote (ks. Elämisen

alkuun -hanke 1996–2000). Siinä on kattava ja ajantasainen tietosisältö, jota sekä lasta odottava perhe että neuvolan ja synnytyssairaalan hoitohenkilöstö voivat käyttää. Työntekijöille nettineuvola toimii perehdytys- ja tiedon tarkistuspaikkana. Perheet voivat asioida työntekijän kanssa, hankkia tietoa itsenäisesti ja keskustella keskenään.

Monet vanhemmat osallistuvat vertaisryhmien keskustelupalstoihin internetissä. Äitien käyttämiä postituslistoja ovat muun muassa imetyksilista, mammatukilista, kotiäidit-lista ja vauvat-lista. Vuonna 2001 äidit käyttivät lähes 140 erilaista postituslistaa tai keskustelupalstaa (Munnukka ym. 2002). Terveydenhoitajien on hyödyllistä seurata lapsiperheille tarkoitettuja sivuja, jotta he osaavat tarvittaessa ohjata perheitä suhtautumaan niistä saatavaan tietoon kriittisesti (esim. rokotuskielteinen keskustelu tms.).

Neuvola voi hyödyntää internetiä myös palautteen saamisessa esimerkiksi terveyskeskuksen kotisivulle laitetun palautelomakkeen kautta.

Neuvoloissa jaetaan runsaasti erilaista oheismateriaalia neuvonnan tueksi, joka tehtyjen selvitysten mukaan on varsin kirjavaa. Neuvolasta pitäisi olla saatavilla hyviä kirjallisia esitteitä lapsen kehitysvaiheista, fyysisen ja psyykkisen kehityksen riskitekijöistä, riskeiltä suojaavista tekijöistä ja yleisistä voimavaratekijöistä. Ellei tämä ole mahdollista, suositellaan, että neuvolat jakavat tietoa, mistä vastaavaa materiaalia voi hankkia. Jaettavan materiaalin tulee olla ajantasaista ja parhaaseen mahdolliseen tietoon eli näyttöön perustuvaa. Neuvolan on myös tarpeen arvioida kriittisesti erilaisten kaupallisten yritysten jaettavaksi tarjoamaa materiaalia ja varmistaa, ettei sen sisältö ole ristiriidassa voimassa olevien terveyslinjausten kanssa. Arviointi kannattaa tehdä yhdessä terveyden edistämisen yhdyshenkilön kanssa.

SUOSITUS:

Jokaisella neuvolatyöntekijällä on käytössään henkilökohtainen tietokoneyhteys. Neuvontaa tukevan oheismateriaalin laatuun ja luotettavuuteen kiinnitetään aktiivista huomiota. Neuvolan työntekijöille mahdollistetaan riittävä koulutus uusiin tietoteknisiin välineisiin.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Munnukka T, Kiikkala I & Valkama K. 2002. Äitien keskinäinen sosiaalinen tuki välittyy Internetin postituslistoilla. *Sairaanhoitaja* 75, 5, 24-27.

Pajukoski M. 2004. Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lainsäädännön rajat ja mahdollisuudet. Stakes, Helsinki.

7.8 Kokonaiskäsitys asiakaskunnan tuen tarpeista

Terveydenhoitajan ja lääkärin tehtävänä on perhekohtaisen työn lisäksi muodostaa kokonaiskäsitys asiakaskunnastaan, siihen sisältyvistä perheistä ja heidän tilanteestaan sekä perheiden tuen ja palvelujen tarpeesta. Kun näin toimitaan, pystyvät terveydenhoitaja ja lääkäri yhdessä neuvolatyöryhmän kanssa hahmottamaan paikka- tai seutukunnan lapsiperheille tarkoitettujen palvelujen riittävyyttä sekä tekemään ehdotuksia palvelujen ja yhteistyön kehittämiseksi. Yleiskuvan hahmotus auttaa myös terveydenhoitajaa ja lääkäriä toimimaan rooleissaan lapsiperheiden palvelujen kokonaisuudesta vastaavina henkilöinä. Tässä työssä tarvitaan yhteisöanalyyyseistä ja kuntien hyvinvointiselonteista saatavan tiedon hyödyntämistä sekä terveyden seurantarjestelmän kehittämistä (Koponen 2002).

Perheiden auttamista tehostaa, jos asiakasperheet voidaan luokitella jollakin yhtenäisellä tavalla. Luokittelu auttaa resurssitarpeen tunnistamisessa, tarvittavien menetelmien valinnassa ja paikallisessa seurannassa. Jos käytössä olisi valtakunnallinen tapa, se auttaisi neuvolatoiminnan seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Neuvoloissa voidaan esimerkiksi vuosittain tehdä yhteenveto asiakasperheiden sijoittumisesta erilaista tuen tarvetta kuvaaviin luokkiin. Tämä antaa tietoa perheiden hyvinvoinnin muutoksista ja ohjaa seuraavan vuoden strategista suunnittelua. Tutkimuksista löytyy muun muassa seuraavia malleja.

Valtakunnalliseen lapsiperheiden satunnaisotokseen perustuvassa tutkimuksessa ehdotettiin perheiden ryhmittelyä neljään luokkaan perheiden voimavarojen mukaan (Pelkonen 1994). Voimavaroiltaan riittäville perheille neuvola toimii varmistuspaikkana ja tarjoaa 'normaalin ohjelman'. Perheet, joiden voimavarat ovat melko riittävät, tarvitsevat säännöllistä seurantaa ja terveydenhoitajan valmiutta olla heidän käytettävissään. Voimavaroissa selviä puutteita omaavat perheet tarvitsevat tehostettua toimintamallia, ja voimavaroiltaan vähäinen ryhmä tarvitsee tehostettua moniammatillista yhteistyötä.

Jotkut kunnat ovat soveltaneet huolen vyöhykkeistöä ryhmitellessään perheitä työntekijän tuntemaan huolen mukaan. Näitä ovat perheet, joista ei ole lainkaan huolta; perheet, joista on pientä huolta; perheet, jotka aiheuttavat huolta ja epävarmuutta ja perheet, joista on todella suuri huoli. Huolen vyöhykkeistöä voi käyttää arviointimenetelmänä kuntatasolla, kun halutaan arvioida, paljonko on lapsia, joiden kohdalla tarvitaan tehostettua yhteistyötä. (Arnkil ym. 1999.) Eri selvitysten mukaan huolen harmaalle alueelle sijoittuu noin 7–10 % lasta koskevista huoltilanteista. Huolen vyöhykkeistön lähtökohtana on paljolti ollut sosiaalityön ammattilaisten mieltämä huoli.

MLL:n Lapsiperhe-projektissa projektilta apua etsivät perheet ryhmiteltiin neljään niin kutsuttuun perheprofiliin. *Lisävoimavaroja etsivissä perheissä* perherakenteen muutos aiheutti epävarmuutta, eikä muita

ongelmia ollut. *Muutosta hakevissa perheissä* oli jokin suhteellisen rajattu asia, johon muutosta haettiin. Tällaisia olivat lapsen koliikki, rajojen asettaminen lapselle tai parisuhteen orastavat ongelmat. *Arkeaan uudelleen rakentavissa perheissä ongelmat*, esimerkiksi perheenjäsenen ahdistuneisuus tai vanhempien uupumus, olivat jatkuneet pitkään. *Tukiverkon avulla etenevissä perheissä* ongelmat olivat jo kärjistyneet, ja perheet olivat erilaisten sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä, tai heidän elämässään oli lyhyen ajan sisällä tapahtunut merkittäviä perheen elämää vaikeuttaneita muutoksia. Kaksi ensimmäistä ryhmää hyötyivät pienryhmistä, kaksi viimeistä tarvitsivat sen sijaan intensiivistä tukea. (Häggman-Laitila ym. 2000.)

Em. kuvauksissa painottuvat psyykkisen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen tuen tarve. Neuvolassa on lisäksi oleellista myös fyysisen kehityksen seuranta ja sairauksien ehkäisy. Mikäli jokin luokitus päätetään ottaa käyttöön, on tärkeä seurata ja arvioida sen toimivuutta.

SUOSITUS:

Neuvolatyön tehostamiseksi kiinnitetään huomiota koko asiakaskuntaan, perheiden elämäntilanteeseen ja tuen tarpeisiin sekä kehitetään menetelmiä asiakaskunnan tuen tarpeiden ja niissä tapahtuvien muutosten kuvaamiseen.

7.9 Neuvolatyön tulokset ja vaikuttavuus

Neuvolatyön vaikuttavuuden osoittaminen on tämän päivän keskeisiä haasteita. Vaikuttavuudella tässä yhteydessä tarkoitetaan neuvolatoiminnalla aikaansaatuja tavoitteiden suuntaisia muutoksia lasten ja lapsiperheiden terveydessä ja hyvinvoinnissa (ks. Sintonen ym. 1997). Vaikuttavuuden osoittaminen edellyttää ainakin, että asetetaan neuvolatoiminnan tavoitteet, käytetään mahdollisimman vaikuttavia menetelmiä ja kehitetään menetelmiä tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi ja seuraamiseksi. Suomalaisen neuvolatoiminnan vaikuttavuutta on toistaiseksi tutkittu varsin vähän.

Toivottujen tulosten eli tavoitteiden asettaminen

Neuvolatoiminnan toivottuja tuloksia on kuvattu yleisellä tasolla tämän oppaan tavoitteita käsittelevässä luvussa kaksi. Tavoitteet koskevat 1) lapsen terveyttä ja hyvinvointia, 2) vanhempien ja perheen terveyttä ja hyvinvointia, 3) vanhempien suhdetta lapseen sekä 4) perheiden keskinäistä yhteistyötä ja asemaa yhteisössä. Yleistavoitteena on parantaa erityisesti erityistukea tarvitsevien perheiden terveyttä ja hyvinvointia. Tavoitteiden saavuttamista voidaan tarkastella yksilön, perheen, terveyskeskuksen tai kunnan sekä valtakunnallisella tasolla.

Kuntien on tarpeen jakaa tavoitteet ja esittää ne konkreettisessa ja mitattavassa muodossa. Tavoitteet laaditaan sellaisiksi, että neuvolatyötä tekevät voivat seurata tavoitteiden toteutumista.

Esimerkiksi Lapsiperhe-projektissa jäsennettiin perhekohtaisen työn ja varhaisen tuen vaikuttavuutta mm. seuraavin lähinnä lisätuen tarpeessa oleviin vanhempiin liittyvin kriteerein: mielenrauhan säilyminen, vaikutukset omaan henkiseen kasvuun ja oman elämän suunnitteluun, elämänhallun lisääntyminen, lasten kanssa selviytyminen, lastenkasvatusvarmuus, vaikutukset parisuhteeseen, perheen vuorovaikutukseen, perheen arjessa jaksaminen, päivärytmin selkiytyminen. Projektissa mitattiin myös perheen omien tavoitteiden saavuttamista projektin aikana ja perheen oman osuuden arviointia. (Häggman-Laitila ym. 2001.)

Vanhempiin ja perheeseen liittyviä tavoitteita voitaisiin tarkastella myös seuraavina, voimavaraistumista kuvaavina muutoksina: muutokset vanhemmassa (mm. lisääntynyt itseluottamus ja vahvistunut itsetunto), muutokset perheen ihmissuhteissa (mm. parantuneet suhteet perheenjäseniin ja ystäviin) ja muutokset perheenjäsenten toiminnassa (esim. terveellisempien valintojen tekeminen) (Falk-Rafael 2001).

Vaikuttavien menetelmien käyttäminen neuvolatoiminnassa

Jotta neuvolatoiminta olisi vaikuttavaa, on siellä käytettävä ensisijaisesti menetelmiä, joiden vaikuttavuus on osoitettu. Tällöin toiminta on näyttöön perustuvaa. Tietoa vaikuttavista menetelmistä saadaan esimerkiksi systemoiduista katsauksista, hoitosuosituksista ja muusta arvioidusta tutkimuksesta.

Neuvolatyöhön liittyvää näyttöä on toistaiseksi vain joistakin aiheista. Tällaisia ovat tieto varhaisen vuorovaikutuksen, rokotusten, D-vitamiinin, imetyksen, tapaturmien ehkäisyn, vanhempainryhmien ja kotikäyntien sekä tupakasta vieroituksen vaikuttavuudesta (ks. luvut 6.3, 8, 9, 13, 14). Tutkimusta on olemassa myös yksittäisten seulontamenetelmien osalta (neurologiset seulonnat, näkö, kuulo). Suurin osa tämän oppaan suosittelemista menetelmistä perustuu asiantuntijoiden näkemyksiin, eikä niistä ole tehty varsinaisia eri alojen vaikuttavuustutkimuksia.

Lapsiperhe-projektissa perhekohtaisella kotiin viedyllä, ehkäisevällä työllä ja varhaisella tuella oli vaikutusta perheiden hyvinvoinnin lisääntymiseen. Sen vaikutukset näkyivät perhe-elämän laadun kohentumisena vanhemmuudessa, lastenkasvatuksessa ja hoidossa, parisuhteessa, tukiverkostojen ja myönteisten elämänkulkujen vahvistumisena sekä kielteisiltä elämänkuluilta välttymisenä. (Häggman-Laitila ym. 2001).

Neuvolatoiminnan menetelmien vaikuttavuuden arviointi on tutkijoiden ja tutkimusyksiköiden tehtävä. Esimerkiksi Stakesin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen menetelmien arviointiyksikössä FinOHTAssa on meneillä hankkeita useiden menetelmien arvioimiseksi. Yksikkö antaa apua myös ideoiden arvioimiseen sekä arviointihankkeen menetelmien kehittämiseen.

Vaikuttavuuden seuranta ja arviointi

Vaikutusten arviointiin tarvitaan päteviä mittareita ja seurannan mahdollistavia indikaattoreita. Jo nyt on mahdollista valita joitakin tilastoissa tai toistettavissa tutkimuksissa kuvattavia lukuja neuvolatoiminnan indikaattoreiksi. Tällaisia voisivat olla rokotuskattavuus ja imetysluvut. Myös sosioekonomista tilannetta ja sen parantumista kuvaavat indikaattorit voisivat olla käyttökelpoisia, vaikka monet niistä antavat vain välillistä tietoa neuvolatoiminnasta (esimerkiksi huostaanotoista). Stakesissa kehitetyt ja kehitteillä olevat lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattorit tarjoavat välineitä tulosten arviointiin (Perttilä ym. 2003). Vastaavia indikaattoreita käytetään Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa.

Tulosten lisäksi voi olla hyödyllistä arvioida ja seurata toimintaprosessin onnistumista.

Neuvolatoiminnan kokonaislaadunhallinnan keinoin voidaan myös seurata neuvolatoiminnan vaikuttavuutta ja osoittaa, miten neuvolatoiminnassa saavutetaan sille asetetut tavoitteet (myös luku 4.4). Kuntien on tärkeä asettaa omia kuntakohtaisia neuvolatoiminnan tavoitteita ja sopia keinoja niiden arvioimiseksi ja seuraamiseksi. Kuntien omista tilastoista voi löytyä jo nyt päteviä indikaattoreita. Tämä luo pohjan niin vaikuttavuuden kuin laadun arvioinnille.

Neuvolatyön vaikuttavuuden tutkimus on kiireellistä ja erityisen haasteellista. Aiheen tutkiminen liittyy tilastoinnin ja tietojärjestelmien kehittämistarpeisiin ja mm. hoitopolkujen dokumentointitarpeisiin. Osa tästä työstä edellyttää kansallisen tason toimintaa.

SUOSITUS:

Neuvolatoiminnan vaikuttavuuden osoittamiseksi ja parantamiseksi terveyskeskukset asettavat konkreettisia neuvolatoimintaa koskevia tavoitteita, käyttävät mahdollisimman vaikuttavia menetelmiä ja kehittävät neuvolatoiminnalla saavutettujen muutosten eli vaikuttavuuden seuraamista.

8

Vertaistukea vanhempainryhmistä



VERTAISTUKEA VANHEMPAINRYHMISTÄ

8.1 Vertaistuen merkitys

Vertaistuellla tarkoitetaan vertaisen eli toisen samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman antamaa sosiaalista tukea. Sosiaalinen tuki sisältää yksilön tietoisuuden siitä, että on olemassa ihmisiä, joilta hän voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea sekä käytännöllistä apua. Vertaistuesta on kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten mukaan kiistatonta hyötyä monille perheille.

Kriittisinä siirtymäkausina, kuten ennen ja jälkeen syntymän, ryhmämenetelmät voivat olla yksilömenetelmiä tuloksellisempia. Näin myös taaperoiässä. (Barlow 1999, Thomas ym. 1999). Pienryhmissä vanhemmat voivat saada toisiltaan käyttökelpoista tietoa, joka avaa uusia näkökulmia, auttaa jäsentämään omaa elämäntilannetta ja helpottaa käytännön pulmien ratkaisemista. Tätä tietoa tarvitaan asiantuntijoilta saadun tiedon lisäksi. Ryhmä antaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia muiden kanssa. Ryhmissä syntyneet uudet ihmissuhteet lujittavat perheiden sosiaalista verkostoa. Ryhmät ovat lisänneet äitien voimavaroja selvitä arkisista tilanteista, auttaneet arjen hallinnassa sekä tuoneet iloa ja mielihyvää arkeen. (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993, Varjoranta 1997, Järvinen ym. 2000, Säävälä ym. 2001, myös Häggman-Laitila ym. 2000.) Ryhmissä on hyvä tilaisuus ennakoida perheen eri vaiheissa vastaantulevia muutoksia ja osoittaa niiden tavallisuus. Monien pulmien yleisyys tulee esille ja niille löytyy ratkaisuja, kun niistä uskalletaan puhua.

Pienryhmätoiminta voi kehittää vanhemman ja terveydenhoitajan välistä suhdetta avoimemmaksi ja luottamusta herättävämmäksi. Vanhemmat arvostavat sitä, että terveydenhoitajat järjestävät uusia mahdollisuuksia tukea vanhempia. Pienryhmätoiminta aktivoi vanhempia osallistumaan neuvolatoiminnan suunnitteluun, ja lisää näin neuvolatoiminnan asiakaslähtöisyyttä. (Järvinen ym. 2000, Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2001.)

8.2 Esimerkkejä vanhempainryhmistä ja muista pienryhmistä

Ryhmäneuvolat

Ryhmäneuvolat ovat eräs tapa järjestää vanhemmille mahdollisuuksia vertaistuen saantiin. Ryhmäneuvolatoimintaa on kehitetty Suomessa muutamassa kehittämishankkeessa, joista on saatu hyviä kokemuksia (esim.

Vakkilainen & Järvinen 1994, Järvinen & Keskisärkkä 1996, Mattila ym. 1998). Pisimmät kokemukset integroinnista neuvolan normaalitoimintaan lienevät Kuusamosta. Ryhmäneuvolan ideana on yhdistää samanikäisten lasten vanhempien neuvolakäynti seulontoineen ja rokotuksineen ja tarjota keskustelumahdollisuus muiden vanhempien kanssa. Ryhmäneuvola-käynti korvaa yhden määräaikaistarkastuksen ainakin ikäkausikohtaisen neuvonnan osalta. Sen toteuttamistapoja voidaan varioida. Ryhmäneuvolaan kutsutaan yleensä 4–5 samanikäistä lasta vanhempineen normaalin kuukausi- tai vuositarkastuksen ajankohtaan. Aikaa on varattu 1–2 tuntia. Useimmat ryhmät ovat kokoontuneet ensimmäisen ikävuoden aikana 4–6 kertaa, jotkut ovat jatkaneet leikki-iässä. Aiheet ovat tavallisimmin liittyneet vauvan kehittymiseen ja hoitoon, vanhempien parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja jaksamiseen, lapsiperheiden palveluihin sekä muihin ajankohtaisiin aiheisiin. Terveystenhoitajan lisäksi ryhmässä saattaa vierailia muita asiantuntijoita.

Kuusamon lastenneuvolassa vuodesta 1987 toteutettu pienryhmätoiminta on jatkoa äitiysneuvolan perhevalmennukselle. Tavoitteena on innostaa lähinnä ensimmäisen lapsen vanhempia löytämään voimavaroja itsestään, perheestään, läheisistään, asuin- ja työyhteisöstä sekä yhteiskunnasta ja vahvistaa näin vanhempien ja koko perheen kehitystä. Ryhmän tuella vanhemmat selviävät paremmin kriiseistä ja löytävät ratkaisuja arkielämän tarpeisiin. Lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana on seitsemän kokoontumista, joista kullakin on oma teemansa. Ryhmissä käsitellään synnytyskokemuksia, varhaista vuorovaikutusta, vauvan mukanaan tuomia iloja ja huolenaiheita, perheen ihmissuhteita sekä lapsen kehitykseen ja terveyteen liittyviä asioita. Yksi kokoontumiskerta on omistettu isille ja vauvoille, minkä lisäksi järjestetään parisuhdeilta. Vanhempien omille toiveille ja keskinäiselle keskustelulle jätetään runsaasti tilaa. Toiminnan tueksi terveydenhoitajat ovat valmistaneet kansion (ks. Neuvolan vanhempainryhmä 2000). Terveystenhoitajat työskentelevät pareittain.

Ryhmäneuvola muistuttaa järjestämistavasta riippuen vanhempainryhmätoimintaa, mutta ei kuitenkaan korvaa sitä. Se voi kuitenkin parantaa äitien vertaistukea tilanteessa, jossa vanhempainryhmätoimintaa ei vielä ole.

Leksandin malli

Ruotsissa Leksandin noin 16 000 asukkaan kunnassa on kehitetty perinteistä neuvolaa täydentämään perhekeskus. Sen tavoitteena on vahvistaa vanhempien keskinäistä suhdetta ja lasten ja vanhempien välistä yhteyttä, parantaa vanhempien ja lasten hyvinvointia sekä lisätä vanhempien vaikutusmahdollisuuksia. Keskeisenä keinona ovat vertaisryhmät, joiden avulla muodostuvat sosiaaliset verkostot tukevat niin aikuisten kuin lasten arjessa selviytymistä ja hyvinvointia. Toiminta-ajatuksena ovat onnelliset ja itsensä turvalliseksi tuntevat vanhemmat, jotka pystyvät välittämään lapsilleen elämäniloa ja perusturvallisuutta.

Äitiys- ja lastenneuvola kutsuu lasta odottavat vanhemmat kahdeksan parin ryhmään, joka kokoontuu kahdeksan kertaa ennen lapsen syntymää ja kahdeksan kertaa ensimmäisen elinvuoden aikana. Kokoontumisissa on vuorollaan läsnä eri alojen asiantuntijoita. Lähes joka kerta osan ryhmäajasta käyttävät isät oman vertaisohjaajansa kanssa ja äidit vastaavasti esimerkiksi terveydenhoitajan kanssa. Toimintaa tukevat erilaiset muut ryhmät, muun muassa avoin päiväkotijoukko ja isien omat kokoontumiset. Isien mukaan saamiseen on kiinnitetty erityistä huomiota. Monet vanhemmat ovat halunneet jatkaa toimintaa ensimmäisten vuosien jälkeen. Tällöin vastuu on siirtynyt yhä enemmän vanhemmille itselleen ja Ruotsissa aktiivisesti toimivalle Kansankorkeakoulu-vapaaehtoistyölle. Tässä vertaistutkimukseen ja eri osapuolten väliseen hyvään vuorovaikutukseen perustuvassa mallissa on saatu aikaan runsaasti positiivisia muutoksia. Tutkimustuloksia Leksandin mallin vaikuttavuudesta ei vielä ole. Tällä hetkellä näkemyksenä on, että pienillä panoksilla saadaan suuria tuloksia. Lisätyövoimaksi on palkattu koordinaattori, muutoin toiminta on käynnistetty olemassa olevilla voimavaroilla. Henkilökunnalle on järjestetty koulutusta. Koulutusta on järjestetty myös isäkouluttajille, jotka saavat pienen korvauksen isäryhmien vetämisestä.

Leksandin mallissa yhdistyvät laadukkaasti toteutettu perhevalmennus ja sen jälkeinen monipuolinen pienryhmätoiminta. Siten uutta ei ole niinkään toiminnan sisältö kuin mallin systemaattinen, kattava ja yhteisöllinen toteutustapa.

Muita pienryhmiä

Monilla paikkakunnilla kolmas sektori järjestää vertaisryhmätoimintaa ja koulutusta esim. nuorille vanhemmille, maahanmuuttajille, väkivaltaa kokeneille ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville. Kasvatus- ja perheneuvolat ovat kehittäneet ryhmätoimintoja, esimerkiksi eroryhmiä, erikseen vanhemmille ja lapsille, lasten itseilmaisuryhmiä ja levottomien poikien ryhmiä. Seurakunnilla voi myös olla vanhempien ja lasten ryhmätoimintaa. Monissa kunnissa sosiaalitoimi tai terveystoimi ovat yhdessä järjestöjen kanssa luoneet mahdollisuuksia lapsiperheiden kokoontumisille: avoimia päiväkoteja, perhetupia, perhekerhoja, perhekahviloita. Parisuhderyhmät toimivat samalla parisuhdeongelmien ennaltaehkäisijöinä.

Äidin ja vauvan vuorovaikutusta voidaan tukea intensiivisen ja kohdennettujen ryhmätoiminnan avulla. Tavoitteena on perheen elämänhallinnan tukeminen luomalla kaaokseen rytmiä ja turvallisuutta sekä lapsen tarpeiden esiin nostaminen. Toiminta on auttanut hyvinkin vaikeassa elämäntilanteessa olevia perheitä (Törrönen 1998).

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Johansson T & Jons I. 2002. Föräldrargrupper i praktiken. Gothia, Stockholm.
Leksandin mallista kertova kirja on tarkoitettu äitiys- ja lastenneuvoloiden,

koulujen ja sosiaalitoimen henkilöstölle antamaan ideoita ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen omassa kunnassa.

Neuvolan vanhempainryhmä. 2000. Kuusamon neuvola, Kuusamo. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työstämä ryhmäkansion seitsemän kokoontumiskerran järjestämistä varten. Kansiota voi tilata osoitteesta Kuusamon kunta, perusturvalautakunta/neuvola, Raistakantie 1, 93600 Kuusamo.*

Paavola A. (toim.) 2004. Perhe keskiössä. Ideoita yhteistyöhön perheiden parhaaksi; kokemuksia Ruotsin Leksandista ja useista Suomen kunnista. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki.

8.3 Perhevalmennuksen laajentaminen vanhempainryhmätoiminnaksi

Neuvolan voimavaroja kannattaa kohdentaa sellaisen vanhempainryhmätoiminnan järjestämiseen, joka on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä. Toiminta ehdotetaan jäsennettäväksi lapsen kehitysvaiheiden ja ennakoitavissa olevien pulmien mukaan siten, että vanhemmilla on mahdollisuus tutustua toisiinsa ja muodostaa uusia sosiaalisia verkostoja samassa elämäntilanteessa elävien muiden vanhempien kanssa.

Ensisijaisesti ehdotetaan raskauden aikaisten ryhmien suunnitelmallista ja saumatonta jatkamista ainakin esikoisten vanhemmille ensimmäisen ikävuoden ajan. Heidän motivaationsa ja vertaistuen tarpeensa on yleensä suurin. Ryhmä ei voi olla kovin iso, korkeintaan kahdeksan paria, jotta siinä syntyisi keskustelua ja kokemusten jakamista. Mikäli todellista ryhmäytymistä halutaan edistää, tulee pyrkiä saman ryhmän koossapitämiseen alusta lähtien.

Onnistumiseen tarvitaan huolellista suunnittelua ja pitkäjänteistä työtä. Ihanteellisimmillaan ohjelman suunnittelu ja tavoitteiden asettelu tapahtuu yhdessä vanhempien kanssa. Joka tapauksessa vanhempien itsensä ilmaisemille aiheille on hyvä jättää kullakin tapaamiskerralla riittävästi tilaa. Toimintaa tuetaan tarkoituksenmukaisella oheismateriaalilla.

Ensimmäisen vuoden aikana suositellaan kuutta-kahdeksaa kokoontumiskertaa. Ohjelmassa otetaan huomioon parisuhteeseen, vanhemmuuteen, lapsen ja vanhemman vuorovaikutukseen sekä lasten hoitoon, terveyden edistämiseen ja kasvatukseen liittyvät sisällöt lapsen ikävaihetta ja vanhempien elämäntilannetta ennakoiden. Työn ja perhe-elämän yhteensovittamista auttaa mahdollisimman kattava tieto sosiaaliturvasta ja mahdollisuuksista työaikajärjestelyihin. Kunkin aiheen alustajaksi kannattaa käyttää saatavilla olevaa ammattilaista.

Raskauden aikaisiin perhevalmennuksiin ehdotetaan sisällytettäväksi ainakin: 1) raskauden herättämät erilaiset tunteet, odotukset ja ajatukset, 2) raskauden ja imetyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset 3) synnytys, 4) vauvan varusteet, 5) vauvan hoito ja imetys, isän rooli imetyksessä, 6) vanhemmuuden tuomat muutokset parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen, (mahdollisen eron ennakointi lapsen näkökulmasta)

7) perhe-etuudet (äitiysavustus, vanhempainraha, hoitovapaa) ja 8) perheiden palvelut kunnassa (päivähoito ja perheneuvonta).

Imeväisikäisten lasten vanhempien ryhmissä kannattaa käsitellä kulloinkin ajankohtaisia, lapsen kehitysvaiheeseen sopivia aiheita, kuten 1) vauvan kehitys ja hoito; imetys ja muu ruokinta sekä vuorokausirytmii, 2) varhainen vuorovaikutus (ml. laulut, lorut, kirjat), 3) lapsen suojaaminen tapaturmilta, 4) lapsen sairastaminen, 5) vanhempien jaksaminen ja työnjako, 6) muuttunut parisuhde ja seksuaalisuus, 7) isän roolin vahvistaminen sekä puuttuvaan isään liittyvät kysymykset.

Edellä esitetty vanhempainryhmätoiminta muodostaa pienryhmätoiminnan ytimen. Siihen kuuluu tai sen lisäksi voidaan vanhempien toivomuksesta tai todettujen tarpeiden sekä resurssien mukaan järjestää myös muita ryhmiä. Vanhempien näkökulmasta on suuri tarve järjestää *1,5–2,5 vuoden ikäisten lasten vanhemmille ryhmätapaamisia*, jotta vanhemmilla olisi mahdollisuus jakaa kokemuksiaan tahtomisiän pulmista ja kasvatuskäytännöistä ja keskustella niistä. Teemoja tässä ”tahtoiässä” voivat olla esimerkiksi: 1) johdonmukainen päivärytmi, uhmaikäisen ruokailupulmat 2) sadut, lorut, laulut ja leikit, 3) vanhempien yhdenmukaiset kasvatuslinjat, 4) lapsen itsetunnon ja tunneilmaisun tukeminen sekä 5) toiminta pulmatilanteissa ja 6) parisuhteen hoitaminen.

Muut pienryhmät

Myös isompien lasten vanhemmille tai erikseen isille ja äideille tarkoitettuja ryhmiä voi olla hyödyllistä järjestää vanhempien toiveiden ja paikallisten voimavarojen puitteissa. Nämä ryhmät voivat olla ohjattuja ryhmiä, mutta monet vanhemmat toivovat myös vanhempien omaehtoisia tapaamisia. Perhepalveluverkostolla on hyvät mahdollisuudet organisoida vertaisryhmiä maahanmuuttajille.

Isäryhmissä ja isä-vauva -ryhmissä pyritään vahvistamaan ja saamaan käyttöön isyyteen liittyviä voimavaroja. Keskeistä on vahvistaa isien uskoa ja luottamusta omaan selviämiseen ja osaamiseen kyllin hyvänä isänä. Isiä kannattaisi saada mukaan ideoimaan ryhmätoimintaa ja kehittämään erilaisia lastensa terveyttä edistäviä toiminnallisia keinoja. Isillä on usein halua ja taitoa suunnitella ja rakentaa esimerkiksi tapaturmia ehkäiseviä ratkaisuja kotiin. Kaikki miehet eivät halua osallistua ryhmätoimintaan, eikä heitä pidä painostaa. Kun isäryhmä kootaan vanhempainryhmiä käynnistettäessä, esimerkiksi odotusajan perhevalmennuksessa, ryhmä saattaa muotoutua luontevasti. Olennaista on, että isillä on tilaisuus kokoontua myös omana ryhmänään, ilman äitejä. Ryhmistä saatujen kokemusten mukaan ryhmän vetäjänä voi toimia yhtä hyvin nainen kuin mies.

Monet *äidit* hyötyvät mahdollisuudesta jakaa tunteitaan ja kokemuksiaan muiden samassa elämäntilanteessa olevien äitien kanssa. Erityisesti ensimmäistä lastaan äitiyslomalla hoitava äiti saattaa tuntea itsensä yksinäiseksi. Hän voi saada ratkaisevaa apua ryhmätoiminnasta. Äidit haluavat toisinaan keskustella intiimeistä asioista, joista ei ole helppo

puhua miesten kuullen. Useat neuvolat ja kolmas sektori ovat järjestäneet muun muassa mammakahviloita. Muita esimerkkejä ovat tukiryhmät imettäville. Äitiryhmiä voi toteuttaa myös ryhmäneuvolan tapaan. Tiedon välittäminen paikkakunnalla järjestettävistä äitiryhmistä kuuluu jo nyt monen neuvolan normaaliin palveluun.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälaineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvojulkaissuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. *Erinomainen opas, jossa on käytännön neuvoja miesten kohtaamisesta ryhmissä ja ryhmien vetämisestä. Sisältää myös pohdintoja vauvanhoidon ideologioista ja kokemuksia miesten kasvusta isyyteen.*

8.4 Pienryhmätoiminnan järjestämisen edellytyksiä

Pienryhmien ohjaaminen edellyttää erilaisia valmiuksia kuin yksilökeskeinen asiakastyö. Vanhempien vertaisryhmien vetäminen sisältyy jo nykyisin terveydenhoitajien peruskoulutukseen, joten asiasta kiinnostunut ja motivoitunut terveydenhoitaja tai perhetyöntekijä voi hyvin toimia ryhmän vetäjänä. Pidempään työssä olleet sen sijaan voivat tarvita lisäkoulutusta ja rohkaistumista pienryhmien ohjaamiseen. Ryhmätyön jatko- ja täydennyskoulutuksesta on etua, mutta välttämätöntä se ei ole. Oleellista on, että ryhmätoiminta on suunniteltua ja sisällöltään kiinnostavaa. Perhe-neuvonnan, ravitsemuksen, liikunnan ja muiden alojen asiantuntijoiden vierailut lisäävät ryhmäkokoontumisten kiinnostavuutta.

Ryhmätapaamisten aihealueiden tulee olla suunniteltuja, vaikka joka kerran on tarpeen varata runsaasti aikaa vapaalle keskustelulle. Myös vanhempien osallistumisesta ryhmien suunnitteluun on saatu hyviä kokemuksia. Erityisesti isien osallistumisen kannalta olisi tärkeää, että ainakin osa ryhmätapaamisista voitaisiin järjestää iltaisin. Joillekin vanhemmille voi olla tarpeen perustella vertaisryhmätoiminnan tarpeellisuutta. Heille voi korostaa, että ei tarvitse olla ongelmainen erityistuen tarvitsija, vaan jokaiselle tekee hyvää kuulla muiden ajatuksia ja oppia muiden kokemuksista.

Pienryhmätoiminnan järjestäminen ei yleensä onnistu ilman lisäresursseja. Ensi kädessä on kysymys terveydenhoitajan tai mahdollisen perhetyöntekijän käytettävissä olevasta ajasta. Mikäli kysymys on suuremman kunnan laajamittaisesta toiminnasta, saattaa erillinen koordinaattori olla tarpeen toiminnan organisoimiseksi. Tässä oppaassa ehdotetuista pienryhmätapaamisista kuusi kertaa on otettu huomioon terveydenhoitajien mitoituksessa. Mikäli molemminpuolista halukkuutta on, työnantajan ja työntekijöiden on mahdollista sopia paikallisesti työaika järjestelyistä siten, että ryhmien vetäjät saavat korvauksen iltatöistä

joko vapaa-aikana tai rahana. Ryhmien vetäminen työparin kanssa on suositeltavaa. Se säästää työntekijöitä ja helpottaa kehittymistä ryhmän vetäjänä. Työparille voi myös purkaa omia kokemuksiaan ja saada häneltä palautetta.

Vanhempien vertaisryhmätoiminta suositellaan järjestettäväksi laaja-pohjaisena verkostotyönä. Tällöin voidaan hyödyntää kaikki asiantuntemus kunnassa. Yhteistyö vähentää turhia päällekkäisyyksiä ja avaa mahdollisuudet monipuoliseen toimintaan. Lisävoimavaroja ryhmien järjestämiseen saadaan yhteistyökumppaneilta ja vanhemmista itsestään. Perheneuvoloisa ja kirkon perheasiainneuvottelukeskuksissa työskentelee ammattilaisia, jotka ovat saaneet koulutusta esimerkiksi parisuhdeongelmien hoitoon. Samoin voi joko kunnalla tai sen alueella toimivilla järjestöillä olla muita eri alojen asiantuntijoita, joita voi hyödyntää vanhempainryhmien ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa. Yhteen tapaamiseen voi pyytää paikkakunnan KELA:n edustajaa tai aihepiiriä hyvin tuntevaa sosiaalityöntekijää. Kun vanhemmat ryhmätilanteessa tapaavat perhe- ja mielenterveystyön, parisuhde-, päihde- tai väkivaltaongelmien hoidon ammattilaisia, näiden puoleen on helpompi kääntyä tarvittaessa.

On tärkeää, että kunnassa sovitaan yhteisesti, miten vanhempainryhmät järjestetään, kuka niitä järjestää ja mitä resursseja toimintaan voidaan käyttää. Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantar ryhmän yhtenä tehtävänä on huolehtia edellytyksistä, joiden avulla tieto eri ryhmistä ja toimintamahdollisuuksista on kaikkien lapsiperheiden kanssa työskentelevien saatavilla.

Jos toimintaa joudutaan priorisoimaan, kannattaa lähteä siitä, että ensimmäistä lastaan odottavat ja kasvattavat vanhemmat todennäköisesti hyötyvät vertaistuesta eniten. Vanhempien saama hyöty ja apu on ryhmätoiminnan järjestämisen tärkein peruste.

Ryhmätoiminnasta on tärkeä saada palautetta. Siksi sen toimivuutta on tarpeen arvioida säännöllisesti. – Ryhmätoiminnan kehittämisen tueksi tarvitaan sisällön kansallista kehittämistä, kokeiluja ja ryhmien vaikuttavuuden arviointia tutkimuksen avulla.

SUOSITUS:

Kunnassa sovitaan pysyvä käytäntö vanhempainryhmätoiminnan mahdollistamiseksi vähintään ensimmäistä lasta odottaville ja kasvattaville vanhemmille. Odotusajan ja ensimmäisen elinvuoden aikainen vanhempainryhmätoiminta on osa kunnan lapsiperheiden palvelujen resursoitua suunnitelmaa ja sitä seurataan ja arvioidaan yhteisesti sovituin käytäntöin.



Kotikäynnit

9

KOTIKÄYNNIT

9.1 Kotikäyntien merkitys

Kotikäyntien merkityksestä on jonkin verran kotimaisia ja runsaasti ulkomaisia hoitotieteellisiä ja lääketieteellisiä tutkimuksia. Kotikäyntejä on tutkittu osana äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä erillisenä tuen muotona. Esimerkiksi Aronen ym. (1995) ovat tutkineet kotikäynteihin perustuvaa perhetukea yhtenä mielen terveyden häiriöiden primaariehkäisyksen muotona. Helsingin seudulla tehdyn kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan myönteiset vaikutukset olivat pitkäkestoisia ja havaittavissa jopa 15–20 vuotta sen jälkeen, kun interventio oli loppunut (Aronen ym. 1995, Aronen & Arjajärvi 2000).

Viime vuosina on saatu tietoa myös muiden kotikäyntiohjelmien vaikutavuudesta. Ne voivat parantaa äitien ja lasten psykososiaalista tilannetta ja terveyttä, esimerkiksi edistää imetystä, tunnistaa ja hoitaa masennusta sekä lievittää lapsen hankalaa käyttäytymistä (Elkan ym. 2000). Lisäksi kotikäyntiohjelmien hyöty on todettu tapaturmien ehkäisyssä, äitien tiedon saannissa, äidin ja lapsen vuorovaikutuksen kehittämisessä, lapsen hoidossa, sekä lapsen kaltoinkohtelun ehkäisyssä (Byrd 1997, Hodnett & Roberts 2000, Kendrick ym. 2000, Drummond ym. 2002). Tuloksellinen kotikäynti edellyttää työntekijältä empaattista, luottamuksellista ja kunnioittavaa suhdetta perheen jäseniin sekä voimavaraistavien strategioiden käyttöä. Lasten kaltoinkohteluriskin vähentämisessä auttaa, jos riskiperheet tunnistetaan varhain, tukipalvelut aloitetaan mieluummin jo raskauden aikana, ja tehdään useita käyntejä tietyn periodin, esimerkiksi kuuden kuukauden aikana (Cox 1998).

Isossa-Britanniassa on kokeiltu neuvolatyön toteuttamista pienryhminä perheiden kodeissa. Myös Tanskassa ja Islannissa tehdään paljon kotikäyntejä. Islannissa on tiheiden synnytyksen jälkeisten kotikäyntien avulla pystytty tukemaan äitejä ja perheitä vauvan imetyksessä.

9.2 Lastenneuvolan kotikäynti ennen lapsen syntymää

Ensimmäinen lastenneuvolan terveydenhoitajan tekemä kotikäynti suositellaan tehtäväksi odotusajan lopulla ainakin kaikkien esikoistaan odottavien vanhempien kotiin, mutta mielellään jokaisen lapsen syntymän jälkeen. Kotikäynti kannattaa tehdä sen jälkeen, kun perhevalmennuksessa on puhuttu parisuhteen muuttumisesta ja mahdollisista vaikeuksista, mieluiten vasta äitiysloman alettua. Käynti pyritään järjestämään niin, että myös tuleva isä on paikalla.

Vanhempien kannalta käynti viestii välittämistä ja paneutumista. Jos lapsen terveydenhoitaja on eri kuin raskautta seurannut, vanhemmat saavat tilaisuuden tutustua tähän henkilönä, vaikka olisivatkin tavanneet jo perhevalmennuksen aikana. Kotikäynti on hyvin intiimi tapahtuma ja avaa luottamuksellisen suhteen. Työntekijän kannalta kotikäynnin tarkoituksena on tutustua perheeseen sen arkipäivän ympäristössä. Käynnin jälkeen työntekijä pystyy paremmin tekemään yhteistyötä tavalla, joka ”istuu” perheen elämäntapaan. Käynnin tarkoituksena on myös keskustella muuttuvan perhetilanteen herättämistä odotuksista ja peloista kummankin vanhemman kannalta. Jos perheessä on vanhempia lapsia, heidänkin ajatuksensa ja odotuksensa kannattaa huomioida. Kolmas kotikäynnin tarkoitus on tapaturmien ennakointi ja ehkäisy. Perheeseen tutustumisen lisäksi käynti auttaa erityistukea tarvitsevien perheiden varhaista tunnistamista.

Kotikäynnillä ennakoidaan vauvan tuloa. Kotikäynnillä on myös hyvä tilaisuus keskustella perheen sosiaalisista suhteista, kuten sukulaisista tai muista tuttavista perheen voimavarana.

Kotikäynnillä suositellaan, vanhempien sitä halutessa, käytettäväksi Vavu-projektissa käytettyä raskaudenaikaista vuorovaikutusta tukevaa haastattelulomaketta (ks. liite 11). Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää muita lomakkeita tai vapaamuotoista keskustelua, jossa voidaan ottaa esille vanhempien toivomia asioita. Näitä voivat olla naisen ja miehen tuntemukset nykyraskauden kulusta, ennakoitua vauvan syntymän aiheuttamat muutokset perhe-elämään, selviytyminen tulevien muutosten kanssa, synnytyksen jälkeisen masennuksen mahdollisuus, odotukset lapsesta, synnytyksestä ja lapsen hoidosta, seksuaalinen kanssakäyminen ja parin keskinäinen läheisyys lapsen synnyttyä. Kannattaa ennakoida myös äitiyslomaa, rytmin löytämistä elämälle kotona, äidin omaa aikaa ja vanhempien kahdenkeskisen ajan järjestämisen tarvetta.

Vanhempien oman lapsuuden ja sen kokemusten käsittely voi myös sopia tapaamisten aiheeksi ennen synnytystä. Jos vanhemmalla on vaikeita kokemuksia tai muistoja, tai hän ei kykene muistamaan mitään omasta lapsuudestaan, keskustelut psykologin, perhetyöntekijän tai mahdollisuusien mukaan perheterapeutin kanssa voivat olla tarpeen.

Mikäli äiti joutuu raskaana ollessaan pitkäksi aikaa vuodeosastohoitoon, on ”kotikäynti” mahdollista tehdä myös sinne. Tärkeintä on tavata vanhempia ja keskustella tulevista elämänmuutoksista. Varsinainen kotikäynti voidaan sopia tehtäväksi sitten, kun lapsi on syntynyt.

Myös uudelleen vanhemmaksi tulevat parit voivat tarvita tukea elämäntilanteeseensa. Jos uutta kotikäyntiä ei katsota tarpeelliseksi, voidaan tapauskohtaisesti harkita molempien vanhempien ja terveydenhoitajan tapaamista neuvolassa. Vaikka perheellä onkin kokemusta vanhemmasta lapsesta, edellä kerrotut asiat kannattaa käydä uudelleen läpi asiakkaan toiveiden mukaan.

SUOSITUS:

Lastenneuvolan terveydenhoitaja tekee kotikäynnin jokaiseen vastuulleen tulevaan perheeseen tavaten molemmat vanhemmat vauvan odotusai- kana.

9.3 Kotikäynti vastasyntyneen lapsen perheeseen

Toinen kotikäynti suositellaan tehtäväksi sitten, kun äiti on lapsen kans- sa kotiutunut sairaalasta. Syntymän jälkeinen kotikäynti on tarpeellinen varsinkin silloin, kun odotusaikaista kotikäyntiä ei ole tehty tai äiti ja lapsi on kotiutettu sairaalasta tavallista nopeammin. Erityisen tarpeellinen kotikäynti on perheisiin, joissa on useita pieniä lapsia. Käynnistä voidaan luopua harkinnan mukaan, etenkin jos kotikäynti on tehty jo aiemmin. Kotikäynti suositellaan tehtäväksi sellaisena aikana, että isäkin on koto- na. Hoidon jatkuminen saumattomasti synnytyssairaalavaiheen jälkeen edellyttää, että synnytyssairaalalla ja neuvoloilla on yhtenevät ohjeet ja että synnytyssairaalavaiheen tilanne on huolellisesti dokumentoitu ja tieto välitetty neuvolaan.

Joillakin paikkakunnilla on tapana, että kotikäynnin vastasyntyneen perheeseen tekee yksinomaan äitiysneuvolan terveydenhoitaja. Kun näin menetellään, on tärkeää, että äitiysneuvolan terveydenhoitaja raportoi käynnistään henkilökohtaisesti lastenneuvolan terveydenhoitajalle ja tarpeen mukaan koko työryhmälle Lastenneuvolatyön kannalta on hyvä, että perheestä vastuussa oleva lastenneuvolan terveydenhoitaja käy myös jossain vaiheessa kotona.

Lapsen syntymän jälkeisen käynnin pääsisältönä ovat äidin, isän ja vastasyntyneen lapsen voinnin havainnointi ja vauvan hoidon ohjaus. Kuten ensimmäisillä neuvolakäynneilläkin, tärkein asia on varhaisen vuo- rovaikutuksen tukeminen. Mikäli odotusaikana ei ole tehty kotikäyntiä, voi kotia huomioida myös tapaturmien ehkäisyn näkökulmasta.

Kotikäynnillä kannattaa palata niihin puheenaiheisiin, jotka olivat esillä ensimmäisellä, odottavan perheen kotiin tehdyllä käynnillä. Jäikö jokin asia mietityttämään? Äidillä voi olla tarve puhua synnytyksen kulusta. Vastasiko se odotuksia? Jäikö siitä jokin asia painamaan mieltä? Synnytykskokemuk- sista voi olla tarpeen keskustella kummankin vanhemman kanssa.

Äidin kunto ja jälkivuodon määrä selvitetään. Mahdolliset episiotomia- tai keisarinleikkaushaavat ja repeämät tarkastetaan, jos äitiysneuvolan terveydenhoitaja ei ole käynyt niitä tarkastamassa. Tarvittaessa tutkitaan rinnanpää ja neuvotaan esimerkiksi rintamaidon lypsämisessä.

Lapsessa olennaista ovat yleisvointi, paino, eritteiden laatu ja määrä ja mahdollinen keltaisuus. Lisäksi tarkastetaan napa. Myös synnytyssairaa- lasta mahdollisesti tulleet viestit huomioidaan. Punnitsemiseen suositel-

laan tarkkaa digitaalivaakaa. Muukin vaaka, jolla lapsen painon kehityksen suunta ja suuruusluokka voidaan todeta, käy. Terveen ja hyvin ravitun lapsen paino on ylittänyt syntymäpainon kahden viikon ikään mennessä. Keskimääräinen painonlisäys on 20–30 g päivässä.

Äiti saattaa tarvita tukea ja apua imetykseen. Imetystilanteen havainnointi äidin niin halutessa antaa luontevan tilaisuuden yksilöllisen ja konkreettisen ohjauksen ja tuen antamiseen. Vauvan imuotteen havainnointi on hyödyllistä, sillä valtaosa imetysoongelmista on yhteydessä huonoon imuotteeseen. Imetysoongelmista kärsiville äideille annetaan yksilöllistä ja konkreettista ohjausta. Heitä voidaan kannustaa hakemaan vertaistukea imetyksen tukiryhmistä. Tulevia pulmia voi ennakoita harkiten, vaikka juuri käynnin aikainen tilanne näyttäisi valoisalta ja hyvältä. Jos lapsen tai äidin voinnissa tulee esiin pulmia, kannattaa herkästi ottaa yhteyttä synnytyssairaalaan.

Vanhemmat saattavat tarvita kannustusta ja rohkaisua päästäkseen hyvään vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Vanhempien mielialan havainnointi on tärkeää. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi Vavu-projektin haastattelulomaketta (liite 12). Parisuhteessa eletään lapsen synnyttyä uudenlaista vaihetta. Ovatko tähänastiset kokemukset vastanneet odotuksia? Miten vanhemmat nyt kokevat tilanteensa ja tulevaisuutensa? Missä suhteessa isän mielestä äiti on erityisen hyvin onnistunut perheen uudessa tilanteessa, missä äidin mielestä isä? Synnytyksen jälkeisestä seksistä on tarpeen antaa mahdollisuus puhua. Vanhempia kannattaa muistuttaa siitä, että ehkäisy on jälleen tarpeellista (ks. luku 14.4).

Vanhempien sisarusten vointi ja suhtautuminen vauvaan on syytä ottaa esille. Heidät kannattaa ottaa mukaan vauvan hoidosta keskusteltaessa.

SUOSITUS:

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi tehdään jokaiseen vastasyntyneen lapsen perheeseen kotikäynti, jolla tavataan molemmat vanhemmat/koko perhe.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Vehviläinen-Julkunen K, Varjoranta P & Karjalainen K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. *Hoitotiede* 6 (1), 22-30.

9.4 Muut kotikäynnit

Luvuissa 9.2 ja 9.3 on kuvattu kotikäynnit lasta odottavan ja vastasyntyneen lapsen perheeseen. Lisäksi luvussa 16 luetellaan lukuisia esimerkkejä perheistä, joihin voi olla tarpeellista tehdä muitakin kotikäynntejä. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi keskosten perheet, paikkakunnalle muuttaneiden

perheet ja päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien perheet. Kotikäynti voi olla tarpeen, jos lapsen etu on vaarassa, lapsella on pitkäaikaissairaus, tai jos perheen lapsi on kuollut (esim. Hynynen 1999). Tällainen kotikäynti edellyttää terveydenhoitajalta rohkeutta, riittävää asiantuntemusta, hyvää itsetuntemusta sekä kykyä syvälliseen vuorovaikutukseen (myös Paavilainen 1998). Näitä käyntejä voi tehdä terveydenhoitaja tai perhetyöntekijä yksin tai yhdessä. Perhetyöntekijän tiheillä kotikäynneillä voidaan tukea erityistuen tarpeessa olevia perheitä (ks. luku 3.4.3). On mahdollista harkita myös esimerkiksi kolmivuotiaiden määrääikaistarkastuksen tekemistä kotikäyntinä (ks. luku 10.12).

Neuvolatyö on hyvä suunnitella joustavaksi niin, että kotikäynteihin on mahdollisuus vastasyntyneisyyskauden jälkeenkin. Jokaiseen äskettäin paikkakunnalle muuttaneeseen perheeseen otetaan yhteyttä, ja heille ehdotetaan tapaamista joko neuvolassa tai kotona. Samalla voidaan tunnistaa perheen vertaistuen tarve ja kertoa paikkakunnan lapsiperheille tarkoitetuista palveluista.

SUOSITUS:

Neuvolassa lisätään kotikäyntejä tunnistetun tarpeen perusteella. Kotikäyntien sisältöä ja käynnin kirjaamista kehitetään aktiivisesti. Kehitetään keinoja kotikäyntien seurantaan ja arviointia varten, alkuun esimerkiksi vertaisarviointia käyttäen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Yrjänäinen H. 2002. Riskioloissa elävä perhe lastenneuvolan terveydenhoitajan asiakkaana. Lisensiaatin tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

10

Lapsen määräaikaiseuranta

10

LAPSEN MÄÄRÄAIKAISSEURANTA

10.1 Määräaikaiseurannan yleisperiaatteita

Lapsen määräaikaistarkastukset liittyvät lastenneuvolan perustehtävään: lapsen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kasvun ja kehityksen seurantaan ja tukemiseen sekä mahdollisten poikkeamien mahdollisimman aikaiseen toteamiseen. Määräaikaistarkastusten yhteydessä on luontevaa huomioida koko perhe. Joskus vanhempien ohjauksen ja tuen tarve on sen laatuista, etteivät vanhemmat itse osaa tai jaksa hakea siihen apua. Perheiden ongelmat ovat monimuotoistuneet ja monimutkaistuneet. Niinpä tarkastukset painottuvat yhä enemmän vuorovaikutukselle ja keskustelulle. Tämä edellyttää riittävää työvoimaresurssia, jotta työntekijällä on tarpeeksi aikaa tämän oppaan mukaiseen perheen kokonaisvaltaiseen tukemiseen.

Oppaaseen sisältyvät suositukset perustuvat Suomen Lastenlääkäriyhdistykseltä, Suomen Lastenneurologiselta yhdistykseltä, Suomen Lastenpsykiatriyhdistykseltä, Suomen Silmälääkäriyhdistykseltä, Suomen Otolaryngologiyhdistykseltä, Stakesista, Hammaslääkärisseura Apolloniasta, Niilo Mäki Instituutilta, Suomen Psykologiliitolta, Kansanterveyslaitoksen rokoteosastolta ja Ravitsemusasiantuntijaryhmältä saatuihin kannanottoihin, vuoden 2005 alussa voimaan tulevaan rokotusohjelmaan sekä kommentteja antaneiden asiantuntijoiden lausuntoihin.

Suuri osa määräaikaistarkastusten hyödyistä menetetään, jos työntekijä vaihtuu useasti. Neuvolassa tulee olla mahdollisuus lapsen ja hänen perheensä pitkäaikaiseen seurantaan. Lapsen kehityksen edistyminen on usein tärkeämpää kuin se, mitä hän kulloisessakin poikkileikkaustilanteessa osaa.

Terveystieteiden ja perheen väliset kontaktit kattavat määräaikaistarkastuksista suurimman osan jatkuen yhdistetyssä työssä raskausajasta aina kouluikään saakka. Tässä oppaassa ehdotetaan tiettyä perusrunkoa määräaikaistarkastuksia varten (liite 15) ja ohjeistusta kuulon ja näön seulontatutkimuksille (luku 11, liitteet 16 ja 17). Tavoitteena on, että tarkastukset tehdään riittävän yhteneväisesti koko maassa. Minimissään terveydenhoitaja tapaa lapsen ja tämän perheen 10 kertaa ennen yhden vuoden ikää, ja koko neuvolauran aikana yhteensä noin 16 kertaa (näistä viisi kertaa yhteistyössä lääkärin kanssa ja kerran odotusaikana).

Lääkäri tutkii kaikki lapset 6–8 viikon, 4:n, 8:n ja 18 kuukauden iässä sekä lisäksi vähintään kerran leikki-iässä (esim. viiden vuoden iässä),

yhteensä vähintään viisi kertaa (liite 15). Neuvolan lääkäriresursoinnista päätettäessä on neuvoteltava kaikkien asianosaisten kanssa. Jos sovitaan, että lääkäri tutkii 3 vuoden ikäisistä ainoastaan terveydenhoitajan jatko-tarkastukseen ohjaamat lapset, huolehditaan, että näihin tarveharkintaisiin tutkimuksiin löytyy aikaa. Lääkärintarkastusaika on tärkeää mitoittaa riittävän pitkäksi, jotta myös lääkäri ehtii huomioida sekä lapsen että vanhemmat ja keskustella myös psykososiaalisista huolista.

On syytä varata aikaa myös lääkärin ja terveydenhoitajan keskinäiseen keskusteluun, jotta terveydenhoitajan vaikutelmat ja huolet tulevat kuul-luiksi. Monikkolasten neuvolatarkastusten yksilöllisyyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta mahdolliset viivästymät lapsen kehityksessä voidaan havaita.

Lapsen psyykkistä kehitystä on kuvattu lyhyesti kunkin ikävaiheen kohdalla.

Terveydenhoitaja rokottaa lapsen voimassaolevan rokotusohjelman mukaisesti.

Neuvolassa tutkitaan tämänhetkisen käytännön mukaan poikien suku-elimet. Tyttöjen genitaalien tutkimista suositellaan etenkin niiden tyttöjen kohdalla, jotka ovat muuttaneet maista, joissa kulttuuri sallii tyttöjen ympäriileikkauksen. Tutkiminen kuuluu ensisijaisesti lääkärille. Koska lääkärin tekemien määräaikaistarkastusten väli voi olla useita vuosia, kannattaa työnjaosta tarvittaessa sopia lääkärin ja terveydenhoitajan kesken. (ks myös luku 16.11, ja liite 3 Lastenneuvolaa koskeva lainsäädäntö).

On suositeltavaa, että perheet voivat käyttää neuvolassa omaa äidin-kieltään, tarvittaessa tulkin välityksellä tai puhelintulkkauksena. Kotimaisen kielten osalta tämä on asiakkaiden oikeus.

Osan määräaikaistarkastusten terveystarkastuksesta voi korvata ryhmäneuvolalla (ks. luku 8). Liitetaulukon (liite 15) aikavaraukset ovat suuntaa-antavia. Todellisuudessa tarvittava aika vaihtelee lapsen ja perheen tilanteesta riippuen. Ohjeelliset keskimääräiset ajat on tarkoitettu ensisijaisesti perheen ensimmäisen lapsen tarkastuksiin. Jotta perhe osaisi varata tarvitsemansa pituisen ajan, voi olla tarkoituksenmukaista, että terveydenhoitaja ehdottaa varattavan ajan pituuden edellisellä tapaamiskerralla.

Määräaikaistarkastukset merkitsevät tiettyä minimimäärää tapaamisia. Perheillä tulee lisäksi olla mahdollisuus varata joustavasti lisäaikoja yksilöllisten tarpeidensa ja elämäntilanteensa mukaan. Samoin työntekijällä tulee olla mahdollisuus tavata lasta ja perhettä joustavasti oman huolensa perusteella.

Yhteydenotto puolitoistavuotiaiden ja sitä vanhempien lasten perheisiin voidaan tehdä kirjeellä tai muulla tavoin ainakin silloin kun vanhemmat eivät itse huolehdi tarkastusajan varaamisesta. Joissakin neuvoloissa on hyviä kokemuksia itse suunnitelluista lomakkeista, jotka vanhemmat täyttävät ennen määräaikaistarkastusta. Lomakkeeseen voidaan sisällyttää tietoa siitä, mitkä ovat lapsen sen hetkiseen kehitysvaiheeseen

liittyvät tyypillisimmät piirteet, ja minkälainen lapsen kehitysvaihe on seuraavaksi odotettavissa. Tämä tieto auttaa vanhempia oman lapsensa parhaana asiantuntijana tukemaan lapsensa iänmukaista tervettä kehitystä. Päivähoidossa olevia lapsia varten lomakkeisiin on hyvä varata kohta päivähoidon huomioita varten. Lomakkeeseen voidaan sisällyttää kysymyksiä paitsi lapsesta, myös perheen tilanteesta, parisuhdehuolista, väkivallasta ja päihteiden käytöstä. Valtakunnallisesti yhteneviä lomakkeita ei toistaiseksi ole kehitetty.

Havainnot, keskustelut ja suunnitelmat kirjataan tarkoituksenmukaisesti. Kirjaamisen merkitys korostuu silloin, kun vastaanottotilanteessa on ilmennyt jotain erityistä joko lapseen tai perheeseen liittyen. Esiin tulleet huolet otetaan puheeksi tilanteen mukaan joko neuvolalääkärin kanssa tai neuvolatyöryhmän kokouksessa. Etenkin pienten imeväisten terveysongelmat pitää ohjata pikaisesti lääkärin tarkempiin tutkimuksiin ja hoitoon. Yksittäiset poikkeavat löydökset seulontatutkimuksissa kannattaa yleensä kontrolloida ennen lähettämistä erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin.

Kun määräaikaistarkastuksissa tulee vanhempien kertomuksessa tai lapsen taidoissa esille jotakin huolestuttavaa tai poikkeavaa, voidaan sopia uusi tapaamisaika. Jos kyseessä on vanhempien huoli, harkitaan, järjestetäänkö tapaaminen ilman lasta. Jos asiasta on tarpeen keskustella neuvolatyöryhmässä, kutsutaan vanhemmat mukaan. Jos tämä ei ole mahdollista, työntekijä voi vanhemman luvalla keskustella asiasta. Jos lapsi ei selviydy seulontatehtävistä, kyse voi olla myös uhmasta, väsymyksestä tai muusta tilapäisestä tekijästä. Jos tätä epäillään, voi olla syytä kontrolloida tilanne uusintakäynnillä. Jos lapsi on päivähoidossa, sinne kannattaa olla yhteydessä. Lupamenettelyissä noudatetaan voimassa olevia säädöksiä ja käytetään tarvittaessa lomaketta vanhempien kirjallisen suostumuksen saamiseksi (ks. liite 5).

Terveystenhoitajan ja lääkärin välisestä keskinäisestä työnjaosta kannattaa sopia yksityiskohtaisesti molempien kokemus ja asiantuntemus yhdistäen ja hyödyntäen.

Ks. myös luku 11 Sairauksien ja vammaisuuden seulonnat.

SUOSITUS:

Terveystenhoitaja tapaa lapsen ja tämän perheen koko neuvolavaiheen aikana noin 14–16 kertaa. Lääkäri tutkii lapsen viisi kertaa ennen kouluun menoa. Määräaikaistarkastuskäytännöt käydään paikallisesti erikseen läpi, sovitaan omista käytännöistä sekä terveystenhoitajan ja lääkärin välisestä työnjaosta ja ajankäytöstä.

10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta

Terveydenhoitajan ja neuvolan merkitys korostuu lapsen ensiviikkojen aikana. Silloin perhe tarvitsee runsaasti tietoa, tukea ja varmuutta, varsinkin ensimmäisen lapsen syntyessä. Ensiviikot saattavat olla paitsi onnentäyteistä myös hämmentävää aikaa vanhemmille. Se on molempuolisen tutustumisen sekä hoidon opetteluun aikaa. Tässä vaiheessa vanhempien täytyy sopeuttaa omaa elämäänsä paljon lapsen tarpeiden ja rytmin mukaan. Vanhemmilla saattaa olla epävarmuutta lapsen ruokinnan, imetyksen, nukuttamisen, pukemisen ja muiden arkipäivän asioiden kanssa.

Ensimmäisillä koti- tai neuvolakäynneillä keskeisintä lapsessa ovat hänen yleisvointinsa ja painon nousu. Myös vanhempien synnytyskokeemus, imetyksen sujuminen, vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus, vanhempien keskinäiset välit sekä jaksaminen ja mahdolliset huolet ovat tärkeitä. Monet vauvaperheiden vanhemmat ovat tässä elämänvaiheessa hyvin motivoituneita parantamaan omia elämäntapojaan. Alkoholi, unilääkkeet tai tupakka eivät sovi pikkulapsen hoitajalle.

Painon nousua ja esim. imetyksen onnistumista voi olla tarpeen seurata ensiviikkoina hyvinkin tiheästi ja antaa tukea ja konkreettista ohjausta imetystekniikassa. Tiheät käynnit antavat mahdollisuuden keskustella eri aihealueista tilanteen ja vanhempien esille tuoman tarpeen tai terveydenhoitajan huomioiden mukaan. Samanikäisten vauvojen ryhmäneuvolakäynnit voivat olla hyvä ratkaisu keskustelunaiheiden läpikäymiseen (ks. luku 9.2 Ryhmäneuvolat).

Keskusteltavia aihealueita ja terveysneuvonta ensiviikkojen ja -kuukausien aikana:

- vanhempien esiin tuomat ilonaiheet ja huolet
- vanhempien havainnot lapsesta
- varhainen vuorovaikutus ja sen merkitys
- imetys; D-vitamiinitippojen tarpeellisuus
- kodin olosuhteet: uusi elämäntilanne, parisuhde, äidin ja isän jaksaminen, keskinäinen tuki
- perheelle eri tahoilta tulevat ohjeet ja neuvot, niiden suodattaminen omaan elämäntapaan sopivaksi ja rohkaisu luottamaan vanhempien talonpoikaisjärkeen
- vanhempien omat arvot ja asenteet vanhemmuuden perustana, ”arjen sietäminen”
- isyys ja äitiys; perhe- ja työelämän yhteensovittaminen
- äidin mieliala, mahdolliset yksinäisyyden tunteet ja äidin oma aika
- perheen sosiaalinen verkosto, perhepiiri, isovanhemmat, ystävät
- vertaisryhmään osallistuminen tai tarve päästä sellaiseen
- perheen päivärytmin muotoutuminen
- vanhempien terveydenhoito: liikunta, tupakointi, alkoholi

- äidin ja isän harrastukset ja niiden sovittaminen uuteen elämäntilanteeseen
- vanhempien omat ruokailutavat ja yhteiset ruokailuhetket
- päihteiden käyttö ja perheväkivalta
- lapsen kanssa puhuminen, liikkuminen, leikkiminen, sylissä pitäminen
- seurustelu kun lapsi on virkeä
- tyyntytely kun lapsi on väsynyt ja itkuinen, itkuun reagointi
- lapsen fyysisen läheisyyden tarve
- juttelu, lorut, laulut, herkkyyys lapsen aloitteille ja niistä jatkaminen
- vanhempainlomajärjestelyt, lapsen hoito vanhempainloman jälkeen
- **suositellaan lapsen nukuttamista selällään 6 kk:n ikään saakka, koska se tutkimusten mukaan vähentää merkittävästi kätkytkuolemariskiä** (Kirjavainen 2003). Valveilla ollessa vauvaa voi makuuttaa vatsallaan.

Vauvan tutkimus ensiviikkojen aikana: ks. 9.3 Kotikäynti vastasyntyneen perheeseen ja 10.3 Kuuden-kahdeksan viikon ikäisen lapsen määrääkaistarkastus.

10.3 Kuuden-kahdeksan viikon ikäisen lapsen määrääkaistarkastus

Kun lapsi on 6–8 viikkoa vanha, perhe tapaa sekä terveydenhoitajan että lääkärin. Lääkärintarkastus on tärkeä, koska nykyvauvat kotiutuvat synnytyssairaalasta hyvin nopeasti. Neuvolalääkärin tarkastus täydentää tärkeällä tavalla synnytyssairaalassa tavallisesti yhden kerran tehtyä tarkastusta. On syytä myös muistaa, että kyseessä on neuvolalääkärin ja perheen ensikohtaaminen. Positiivinen ensikohtaaminen luo pohjaa perheen ja lääkärin väliselle yhteistyösuhteelle myös jatkossa.

Terveen kahdeksan viikon ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi reagoi vielä hyvin kokonaisvaltaisesti. Hän voi itkeä ilman selkeästi havaittavaa syytä, mutta lasta hoitava vanhempi erottaa yleensä nälkäitkun muista itkuista. Lapsi viihtyy sylissä hyvin. Hän kykenee yleensä kohdistamaan katseensa hetkeksi silmiin. Imeminen onnistuu vaikeuksista. Hän on alkanut äännellä lyhyitä vokaalisarjoja. Jo pian syntymän jälkeen lapsi säpsähtää koville äänille kuten käsien taputtamiselle tai oven paukahdukselle ja räpäyttää silmiään tai avaa silmänsä tällaisen äänen kuullessaan. Noin 1 kk:n iästä lapsi alkaa huomata yhtäkkiä alkavia pitkäkestoisempia uusia ääniä, esim. pölynimuri, ja pysähtyy kuuntelemaan äänen alkaessa. Tiu'un kilinään lapsi reagoi pysähtyen kuuntelemaan. Tämä testi onnistuu kuitenkin vain lapsen ollessa virkeä ja rauhallinen. Moro-reaktio tulee usein esiin symmetrisenä, mutta saattaa olla jo sammunutkin. Terve lapsi pystyy vetämään päänsä

pystyasentoon 45 asteen kulmasta ja hallitsemaan päättään hetken tuetusti istuessaan. Sylissä käsiteltäessä vauva on jäntevä. Vatsallaan maatessaan hän kykenee nostamaan nenänsä alustasta. Alaraajojen liikkeet ovat vuorottaisia. Selällään maatessaan hän nostaa ajoittain kyynärvarret alustasta, availee nyrkkejään ja käyttää käsiään symmetrisesti.

Keskustelunaiheita ja terveysneuvonta: ks. 10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta

Terveydenhoitajan kannattaa antaa äidin täytettäväksi masennusta seulova lomake (liite 13a).

Paikallisesti sovitun käytännön mukaisesti joko terveydenhoitaja tai lääkäri käy lomakkeen läpi yhdessä äidin kanssa (ks. myös luku 16.2 Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus).

Lääkärin tekemään lapsen terveystarkastukseen kuuluvat lapsen kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdolliset huolenaiheet. Vanhempaa kannattaa pyytää kuvailemaan lastaan.

6–8 viikon ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma, jäntevyys
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- vuorovaikutus ja kontakti vanhemman kanssa, katsekontakti
- oraalimotoriikka ja vokaaliääntely (tarvittaessa anamnestisesti)
- anamnestisesti vanhempien huomiot lapsen reagoimisesta koville äänille. Tarvittaessa tutkitaan kuuloreaktio tiu'ulle (imemisen loppuminen, silmien räpäytys tms.)
- mustuaiset, koko ja reagointi valoon ja punaheijaste
- pään saumat, iho, sydänäänet, vatsa, reisivaltimopulssit, vulva tai kivekset ja lonkat
- nyrkkien availu
- asymmetrinen tooninen niskaheijaste, Moro-reaktio, spontaani asento ja liikehdintä, askellus, liikkeiden symmetrisyys
- traktiokoe: terve ja virkeä lapsi pystyy nostamaan päänsä ylös, kun vartalo on n. 45 asteen kulmassa alustaan nähden
- pään hallinta hetken tuetussa istuma-asennossa

Tavallisesti eniten aikaa vievä osa on keskustelu vanhemman elämäntilanteesta ja voimavaroista. Äidin masennus tai lievempänä herkistyminen, ”baby blues”, ovat varsin tavallisia. Vanhempia kannattaa rohkaista kertomaan tuntemuksistaan, jotta voitaisiin yhdessä pohtia, mitä olisi tarpeen tehdä (ks. luku 16.2).

Jos arvioinnin perusteella jää epävarma tunne siitä, olisiko lapsen kehityksessä kuitenkin poikkeavaa, on viisasta tehdä uusi arviointi lyhyen ajan kuluttua (tässä iässä kahden viikon kuluessa) (Mustonen 1999). Tavallisimpia poikkeavuuksia ovat ongelmat pään hallinnassa ja lihastonuksessa sekä nyrkkien avautumattomuus. Kysytään vanhempien käsitystä

lapsen reagoinnista äänille. Jos anamneesin tai tutkimuksen perusteella jää epäily kuuloviasta, tai jos vanhemmat epäilevät kuulovikaa, tutkitaan lapsi viikon tai kahden kuluttua uudelleen ja lähetetään tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Lääkäri ja terveydenhoitaja sopivat keskenään uuden arvioinnin tai kontrollin työnjaosta tilanteen mukaan.

Vuorovaikutus- ja kontaktiongelmat voivat olla merkki vanhemman masennuksesta, psykoottisuudesta tai kiintymyssuhteen syntymättä jäämisestä. Näitä asioita voidaan selvittää eteenpäin neuvolassa. Vauvan vuorovaikutustaidoissa ilmeneviin puutteisiin voivat olla syynä masennus, kehityshäiriö, vaikea-asteinen erityisvaikeus sekä kuulon ja näön häiriöt. Ne tulee tutkia. Tilanteen vakavuuden mukaan perhe voidaan ohjata lastenlääkärille, psykologille, perheneuvolaan tai aikuis- tai lastenpsykiatristen palvelujen piiriin. Erikoissairaanhoidon palvelut ovat tarpeen, jos äidin toimintakyky on selvästi heikentynyt, äidillä on psykoottistasoisia ajatushäiriöitä (esim. ”vauva haluaa olla minulle ilkeä”) tai kun äiti itse kokee palveluja tarvitsevansa. On tärkeää selvittää myös isän käsitys tilanteesta. Muun hoidon lisäksi tulee huolehtia, että äiti saa kotiapua riittävästi.

Neuvolan terveystietomukseen merkitään, onko lähisuvussa ollut silmä- ja näkö- tai kuulo-ongelmia.

Lapsi lähetetään jatkotutkimuksiin esimerkiksi, jos

- lapsen yleisvoinnissa on poikkeavuutta (päivystyslähete); väsyminen syödessä, poikkeava kalpeus ja hikisyys sekä tiheä hengitystaajuus ja huono painon nousu saattavat imeväisellä olla sydänvian oireita (Tikanoja 2003),
- sydäimestä kuuluu sivuääni,
- silmissä havaitaan rakenteellista poikkeavuutta, jatkuva karsastus, harhailevat silmät tai silmävärve,
- syntyy epäily kaihistä tai muusta väliainesamentumasta. Jos punaheijaste on himmeä tai sammunut toisessa tai molemmissa silmissä, tai jos punaheijasteessa on varjo tai mustuainen näyttää valkoiselta, on lapsi ohjattava kiireellisiin lisätutkimuksiin,
- syntyy epäily lonkkaluksaatiosta,
- lapsi on selvästi keltainen,
- on herännyt epäily kuulon alenemasta.

10.4 Kolmen kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Terveydenhoitajan suorittama lapsen määräaikaistarkastus tehdään kolmen kuukauden iässä. Terveydenhoitaja kontrolloi tällöin lääkärineuvolassa mahdollisesti esille tulleet uudelleen arvioitavat seikat, mikäli ne eivät ole aiheuttaneet lääkärin uusintatarkastusta. Tämä ikä on sopiva myös mahdolliselle ryhmäneuvolalle.

Terveen kolmen kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa jo kohdistaa katseensa, hymyillä valikoivasti hoitajalleen (sosiaalinen hymy) ja äänellä vastavuoroisesti. Hän käyttää käsiään aktiivisesti tarttumiseen, joskaan ei siinä välttämättä vielä onnistu. Käsi on enimmäkseen avoin. Varhaisheijasteet (Moro, askellus, tarttuminen, asymmetrinen tooninen niskaheijaste) ovat vähitellen häviämässä.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta: ks. 10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta. Lisäksi otetaan esiin:

- vanhempien havainnot, ilon aiheet ja mahdolliset huolet
- rokotusten aloitus ja siihen liittyvä informaatio (vapaaehtoisuus, rokotuksin ehkäistävät taudit, lapsen normaalit rokotusreaktiot, mahdollinen lääkehoito jne.)
- imetys

Kolmen kuukauden ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma (esim. iho, hengitystaajuus, asentojäntevyys)
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: ks. kuvaus edellä, varhaisheijasteet, kontaktiin tulo.

Tarkastuksessa tulisi saada esiin katsekontakti vauvan ja äidin välillä sekä ”baby-talk”. Mikäli vastavuoroisuutta ei saada esiin, pitää muistaa näkövammaisuuden mahdollisuus, ja tutkia punaheijaste ja katseen kohdistaminen esim. kasvokuvaan tai shakkiruudukkoon. Ylimääräinen neuvolalääkärin tarkastus kannattaa järjestää herkästi. Kun näkövamma on poissuljettu, äidin mielenterveyteen liittyvät vuorovaikutuksen ongelmat on syytä ottaa huomioon. Mikäli vauva ei ota katsekontaktia tutkijaan, ei vastaa tämän hymyyn tai vaikuttaa apaattiselta ja hitaasti kehittyvältä, tulee harkita, onko syynä vauvan kokonaiskehityksen jälkeenympäristö tai masentuneisuus, ja selvittää asia. Siihen tarvitaan mahdollisesti kotikäyntiä, erityistyöntekijöiden konsultaatiota tai yhteistyötä lastenneurologisen tai lastenpsykiatrisen hoitoyksikön kanssa (ks. edellä 8-viikkoistarkastus). Jos herää epäily, että lapsi ei jaksaa hallita päätään edes virkeänä ollessaan, tai että hartiajäntevyys on poikkeavan heikkoa, tarvitaan lisätutkimuksia. Usein fysioterapeutti pystyy arvioimaan tilannetta tarkemmin ja antamaan vanhemmille ohjeita vauvan käsittelystä kehityksen tukemiseksi.

10.5 Neljän kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Neljän kuukauden iässä perhe tapaa sekä terveydenhoitajan että lääkärin. Lääkärin on kyettävä arvioimaan tämänikäisen lapsen neurologisen

kehityksen poikkeavuuksia ja keskustelemaan mahdollisista allergioista, eli hänen tulee olla hyvin perehtynyt neuvolatyöhön.

Terveen neljän kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa jo fiksoida katseensa ja tarkkailla useita kymmeniä sekunteja ilmeitä. Selkeää karsastusta ei enää ole. Lapsi pystyy seuraamaan kasvokuvaa yli 90 astetta, ja kasvokuva kiinnostaa häntä merkityksetöntä geometrista kuvaa enemmän. Vauva hymyilee, kun hänelle jutellaan ja hymyillään. Hän osaa jokellella, hihkua ja nauraa ääneen. Hän vastaa jutteluun äännelemällä ja jää mielellään kuuntelemaan omaa jokelteluun. Lapsi hiljenee tai hymyilee kuullessaan vanhemman äänen, vaikka ei näekään tätä. Hän voi myös kääntää päätään tai katsettaan kohti vanhempaa, joka puhuu hänelle takaa tai sivusuunnasta. Lapsella ei enää juuri esiinny selittämätöntä itkuja, ja hänet on helppo rauhoittaa syliin. Osa lapsista alkaa vierastaa tässä iässä. Enää ei esiinny spontaania säpsähtelyä tai ”morostelua”. Vatsamakuulla vauva osaa usein tukea kyynärvarsiinsa. Hän pystyy myös varaamaan hetken alaraajoihinsa koko jalkaterällään. Hän kykenee tuomaan kätensä keskilinjaan ja tapailemaan esinettä.

Terveystarkastukseen kuuluu lapsen kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdollisten huolten kartoitus. Vanhempaa kannattaa pyytää kuvailemaan lastaan.

Keskustelunaiheita ja terveysneuvonta: ks. 10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta.

Neljän kuukauden ikäiseltä lapselta tutkitaan

- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- hymyvaste, vastavuoroinen jokeltelu
- katseen kohdistaminen, katseella seuraaminen sivusuunnissa ja lähestyvään objektiin, punaheijaste, katsekontakti
- karsastuksen arvio valoheijasteen perusteella (Hirschbergin koe)
- anamnestisesti reagointi kuuloärsykkeelle. Tarvittaessa tutkitaan kuuloreaktio (hiljeneminen tiu'ulle)
- spontaani liikehdintä, lihastonus: huomaa erityisesti asymmetriat, nilkkojen ojennustaipumus
- mahdolliset sarjamaiset nykäykset heräämisen jälkeen (anamnestisesti, infantiilispasmin mahdollisuus)
- yläraajojen käyttö: kädet lepoasennossa auki ja selinmakuulla yhteen, kädet suuhun symmetrisesti supinoituneena (peukalot ulos- ja ylöspäin, kämmenpuoli suuhun päin), ojentaa kädet kohti esinettä ja tavoittelee esinettä puoliavoimella kädellä
- iho, sydänäännet, vatsa, reisivaltimopulssit, kivekset
- traktiokoe: vauva hallitsee päänsä vartalon tasossa; pään ja ylävartalon hyvä hallinta tuetussa istuma-asennossa
- vatsamakuulla tukeutuminen kyynärvarsiin

- alaraajojen symmetria, lonkkien stabiilius
- alaraajoihin varaaminen hetkittäin, ei pysyvää varvastusta

Jos arvioinnin perusteella jää epävarma tunne siitä, olisiko lapsen kehityksessä kuitenkin poikkeavaa, on viisasta miettiä, olisiko mahdollista saada lisäselvitystä tai tukea lapsen kehitykselle. Joka tapauksessa tulisi tehdä uusi arviointi lyhyen ajan kuluttua (tässä iässä kuukauden kuluessa) (Mustonen 1999). Esimerkiksi epäily lievästi lisääntyneestä tonuksesta, hypotoniasta tai puolierosta on aihe lähettää lapsi fysioterapeutin arvioon. Tällöin vanhemmat saavat myös ohjantaa lapsen liikunnallisen kehityksen tukemiseksi. Lapselle tulee varata myös aika uuteen lääkärintarkastukseen 5 kk:n iässä (Kunnamo & Hermanson 2004). Ellei lapsi seuraa katseella, kysellään äidin havaintoja katsekontaktista. Seuraamisen puuttuminen tutkittaessa ja anamnestisesti on merkki jatkotutkimuksia edellyttävästä poikkeavuudesta. Katsekontaktin heikkous ja karsastus edellyttävät myös jatkotutkimuksia. Jos karsastus on ajoittaista ja lyhytaikaista eikä lähisukulaisilla ole lapsuudessa hoidettu karsastusta tai laiskaa silmää, voidaan seurata 6 kk:n ikään. Ilmeinen karsastus tulee aina lähettää silmälääkärin tutkimuksiin (kiireellisenä, mikäli silmät ovat jo olleet suorassa).

Jokeltelun tai kuuloreaktion puuttuminen voi liittyä puheen tuottoon tai kuuloon liittyvään häiriöön, kehityshäiriöön tai varhaisen vuorovaikutuksen riittämättömyyteen. Lapsen kuuloon tulee kiinnittää erityistä huomiota, jos jokeltelu on niukkaa, jos vanhemmat epäilevät kuulon poikkeavuutta tai jos suku- ja raskausanamneesi (keskosuus, asfyksia, infektiot) antavat viitteitä kuulovammariskeistä.

Ihottuma saattaa viitata maitoallergiaan, etenkin, jos perheessä on atopiataustaa, ja jos lapsi on saanut äidinmaidon korvikkeita. Todella herkäät lapset voivat reagoida myös äidinmaidon välityksellä saatuun lehmänmaitoon tai muihin ruoka-aineisiin. Myös vaihtelevat suolisto-oireet voivat johtua allergiasta (ks. luku 15.6 Allergiat ja astma). Allergiaepäilyn selvittely kuuluu aina lääkärille.

Epäily infantiilispasmeista on kiireellisen lähetteen aihe. Toispuoleista kivesretentiota ja kyyneltietukoksen epäilyä voidaan vielä jäädä seuraamaan. Lonkkaluksaatioepäily, sydämen sivuääni, sekä epäily kuulon alenemasta edellyttävät jatkoselvittelyä.

10.6 Viiden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Yksilökäynti terveydenhoitajan luona /ryhmäneuvola.

Terveen viiden kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Keskimäärin vauva oppii näihin aikoihin kääntymään vatsalta selälleen ja päinvastoin.

Vatsamakuulla hän kohottaa päätä ja ylävartaloa kyynärpäiden varassa. Toistetusti esille tuleva varhaisheijaste (moro, ATNR, askeltaminen) on poikkeava löydös. Lapsi tarttuu yleensä jo innokkaasti esineisiin. Esineiden tutkiminen tapahtuu suun avulla. Osa lapsista on löytänyt jo varpaansakin ja vienyt ne suuhun. Kommunikaatio on kehittynyt: lapsi osaa ”keskustella” hoitajansa kanssa yhä monipuolisemmin, ja hän reagoi eri tavoin eri sävyisiin ääniin. Moni lapsi osaa kuunnella ja tuottaa eri sävyisiä ääntelyjä.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta: ks 10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta. Edellisten lisäksi tässä iässä ajankohtaisia aiheita:

- vanhempien havainnot, ilon aiheet ja mahdolliset huolet
- imetys, kiinteän ruoan aloitus (ks. luku 13 Ravitsemus ja ravitsemusohjaus)
- nukahtaminen, yöheräilyt, yösyötöt, vanhempien toiminnan vaikutus lapsen nukkumiseen
- lapsen pitäminen lattialla (liikunnan/syvätuntoaistien kehitys)
- perheen sosiaalinen tilanne ja läheissuhteet
- perheväkivalta

Viiden kuukauden ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- länmukainen kehitysarvio: ks. kuvaus edellä. Lihastonus, kääntyminen, vatsallaan viihtyminen, vuorovaikutus ja kontakti vanhemman kanssa, jokeltelu.

10.7 Kuuden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Jos alle puolivuotiaan seurantakäynnit on pääosin hoidettu ryhmäneuvolassa 1,5 kk:n ja 4 kk:n tarkastuksia lukuun ottamatta, viimeistään 6 kk:n iässä on aiheellista järjestää perheen yksilöllinen terveydenhoitajan tapaaminen. Tapaamisen tarkoituksena on kasvun ja kehityksen arviointi, terveysneuvonta sekä voimavarojen ja mahdollisten huolien tunnistaminen.

Terveen kuuden kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa yleensä jo kääntyä selältä vatsalle ja vatsalta selälle. Istumaan vedettäessä pää tulee vartalon edellä, ja istutettaessa lapsella on hyvä selän tasapaino. Pystyasennossa lapsi varaa osittain painoaan molemmille jaloille. Vatsamakuulla lapsi nojaa suorille käsilleen. Kuuden kuukauden ikäinen osaa usein (ei aina) jo tarttua hallitusti esineeseen yhdellä kädellä, siirtää esinettä kädestä toiseen ja viedä esineen suuhun. Lapsi on usein jo oppinut erottamaan tutut

vieraista ja osoittaa myös eron. Tavallisesti lapsi vielä tässä iässä kuitenkin hyväksyy kiinteän katsomisen jälkeen vieraan henkilön kasvot, jos tämä lähestyy lasta hitaasti. Temperamenttisilla lapsilla kiukkukouristukset tulevat esiin turhautumis- ja kiputilanteissa. On paikallaan todeta vanhemman tapa lohdutella lasta. Lapsen jokeltelu on tässä iässä vilkasta, ja hän kykenee "keskustelemaan" pitkiä litanioita hoitajansa kanssa. Lapsi pystyy karsastamatta seuraamaan katseellaan liikkuvaa esinettä, esimerkiksi noin 1 cm:n läpimittaista punaista palloa. Kuuloärsykkeeseen reagointi voi olla vähäistä, jos lapsen mielenkiinto on samanaikaisesti keskittynyt muihin asioihin. Vanhemmat pystyvät yleensä kertomaan, että lapsi voi herätä päivänltaan melko vähäisiinkin rasahduksiin. Melun synnyttäminen tuottaa kuulevalle puolivuotiaalle mielihyvää.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta ks.10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta. Lisäksi tässä iässä otetaan esiin:

- lapsen hoitojärjestelyt tai -suunnitelmat
- perheen ruokailutavat, säännöllinen ruokailurytmi, yhteisten aterioitten tarve ja terveellinen ruokavalio
- lapsen totuttaminen hampaiden harjaukseen
- hampaiden reikiintymistä aiheuttavien bakteerien tartunnan ehkäisy
- tapaturmien ehkäisy
- vuorovaikutus ja tunteiden ilmaisu
- lohduttelu
- vierastaminen

Kuuden kuukauden ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma ja pituden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: ks. kuvaus edellä. Liikkuminen, alaraajoihin varaaminen, suojeluheijasteet (eteen ja sivulle tulossa). Jokeltelu ja muu kontaktiin tulo. Liikkuvan esineen seuraaminen katseella, tarvittaessa kuuloärsykkeisiin reagoiminen.

Kuunnellaan vanhempien havaintoja ja mahdollisia huolia. Lapsen päivähoitoa pohdittaessa keskustellaan vanhempien kanssa erilaisista hoitojärjestelyistä ja niiden mahdollisesta vaikutuksesta lapsen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen.

Lapsella saattaa olla kielen kehityksen suhteen riskitekijöitä, suvussa aiemmin esiintyneitä puheen ja kielen kehityksen häiriöitä tai oppimisvaikeuksia. Tällöin perhe voidaan ohjata tekemään kielenkehityksen seurantaa Niilo Mäki Instituutin julkaiseman Varhaisen kommunikaation ja kielenkehityksen arviointimenetelmän (Lyytinen 1999) mukaisesti (ks. luku 11.3 Neurologisten ongelmien seulonnat). Menettelystä on syytä sopia neuvolatyöryhmän puheterapeutin kanssa.

Kaikki kohtausepäilyt vaativat jatkotutkimuksia (ks. 11.3). Muutoin pienet yksittäiset poikkeamat tai viiveet edellä kuvaillusta eivät välttä-

mättä merkitse patologista tilannetta. Esille tulleista huolista kannattaa keskustella lääkärin kanssa, ottaa lapsi lääkärin vastaanotolle tai ottaa asia esille neuvolatyöryhmän kokouksessa. Jatko suunnitelma tehdään kokonaistilanteen perusteella.

10.8 Kahdeksan kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Tässä iässä sekä terveydenhoitaja että lääkäri tapaavat lapsen ja tämän perheen. Työnjaosta ks. luku 10.1.

Terveen kahdeksan kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi kommunikoi ilmein ja elein. Hän hakeutuu mielellään syliin ja hakee katsekontaktia, mikä on osoitus siitä, että lapsi luottaa aikuiseen, ja vuorovaikutus on myönteistä. Lapsi tunnistaa läheisimmät hoitajansa ja erottaa heidät vieraista. Suun motorikka on hyvin kehittynyttä: lapsi pystyy syömään jo melko karkeaa ruokaa, ja hän jäljittelee ääntelyä tai pörryyttämistä, napsuttelua tai vastaavaa. Hän kääntää päänsä vanhemman äänen suuntaan tai kuullessaan hyvin hiljaisia ääniä sivusuunnasta, mikäli ei ole erityisen keskittynyt johonkin muuhun. Lapsella on jokittelussaan jo konsonantteja sisältäviä yhdistelmiä ja sanahahmoilta kuulostavaa monitavuisuutta eli niin kutsuttua toistavaa jokittelua (ba-ba, ma-ma). Lapsi erottaa jo varsin pieniä esineitä ja tarttuu niihin etusormijohtoisesti. Hän kykenee ottamaan esineitä samanaikaisesti molempiin käsiinsä, vaihtamaan esineen kädestä toiseen ja viemään esineen hallitusti suuhun. Uudet esineet kiinnostavat jo tutkittua esinettä enemmän. Lapsi matkii mielellään esimerkiksi taputtamista. Hän ilahtuu piiloleikistä. Seisomaan nostettuna hän varaa jalkoihinsa koko jalkaterällään (9 kk:n iässä lapsi osaa yleensä itse seisoa tuettuna). Lapsi osaa jo liikkua päämäärähakuisesti tavalla tai toisella (ryömien, kontaten, kierien, peppukiitäen ym.). Osa lapsista osaa jo istua ilman tukea (9 kk:n iässä lähes kaikki). Lapsi ei enää tarvitse yösyöttöjä.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta ks. 10.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta sekä 10.7 Kuuden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus.

Lääkärin tekemään lapsen terveystarkastukseen kuuluu kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdollisten huolenaiheiden selvittäminen. Vanhempaa kannattaa pyytää kuvailemaan lastaan.

Kahdeksan kuukauden ikäiseltä lapselta tutkitaan

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- kyky vuorovaikutukselliseen kontaktiin: syliin hakeutumien, aktiivinen kontaktiin hakeutuminen, ilmeiden ja eleiden käyttäminen, katsekontaktin ottaminen, vuorovaikutteinen ääntely

- kyky erottaa vieraat läheisimmistä hoitajista
- iän mukainen ruokailu: syö lusikasta, pureskelee, nielee (anamnestisesti)
- ääntelyn jäljittely ja jokeltelutaidot: osaa jokeltaa vastavuoroisesti ja monitavuisesti.
- tarttuminen yhdellä kädellä, vaihto kädestä toiseen ja suuhun vieminen
- tarttuminen kahteen esineeseen yhtäaikaaisesti
- kiinnostuminen uudesta lelusta (kuva epäspesifisesti visuaalista havainto- ja prosessointikykyä)
- silmillä seuraaminen ja karsastus: liikutetaan esinettä ylös, alas ja sivuille
- Hirschbergin testi, punaheijaste
- huomaa ja tapailee kotona pieniä murusia tms. (anamnestisesti)
- paikantamisvaste pienoisaudiometrillä
- varaaminen koko jalkaterään
- tukeutuminen suoriin käsivarsiin vatsamakuulla (tai kyky kontata). Usein lapsi pystyy tarttumaan leluun menettämättä tasapainoaan.
- suojaheijasteet eteen ja sivulle (taaksepäin voi vielä puuttua)
- spontaani liikehdintä, lihastonus: huomaa erityisesti asymmetriat, nilkkojen ojennustaipumus
- iho, sydänäänät, vatsa, reisivaltimopulssit, vulva tai kivekset, tärykalvot (ks. luku 11.4 Kuulon ja näön seulonnat)

Jos arvioinnin perusteella jää epävarma tunne siitä, olisiko lapsen kehityksessä kuitenkin poikkeavaa, on viisasta konsultoida terveyskeskuksen erityistyöntekijöitä (esim. fysioterapeuttia). Nämä osaavat usein antaa vanhemmille lapsen kehitystä tukevia ohjeita. Uusi arviointi kannattaa tehdä lyhyen ajan kuluttua (kuukauden kuluessa). Yksittäinen löydös on harvoin merkittävä. Jos lapsi ei hakeudu vanhemman läheisyyteen, taustalla saattaa olla poikkeava vuorovaikutus tai psykososiaalinen deprivaatio. Tällaiset epäilyt ovat aihe psykologin, psykiatriin tai neurologisiin lisäselvityksiin, etenkin jos oireita on useita, eikä tilanne korjaannu. Mikäli erityistason tutkimuksiin pääsyä joudutaan odottamaan, kannattaa odottaessa järjestää terveydenhoitajan tai perhetyöntekijän kotikäynnit. Poikkeavan kielen kehityksen taustalta pitää sulkea pois kuulovammaisuus. (Mustonen 1999). Jos lapsi ei reagoi pienoisaudiometrillä, "uikun", ääneen, tutkitaan korvat ja mikäli todetaan otiitti, hoidetaan se ja kontrolloidaan kuulo hoidon jälkeen. Jos otiittia ei todettu ja paikantamisvaste on epävarma, kontrolloidaan löydös viikon kuluttua. Jos löydös on edelleen poikkeava, lapsi lähetetään korvalääkärin jatkotutkimuksiin.

Tarkistelu ja vierastaminen eli pääasiallisten hoitajien selvä suosiminen kertovat psykososiaalisen kehityksen etenemisestä. Vauvan tulisi kyetä jakamaan toisen aikomus (ts. ymmärtää katsoa esinettä eikä sormeaa, kun vanhempi osoittaa sormella johonkin). Näiden taitojen puute voi

johtua puutteellisesta vuorovaikutuksesta vanhempien ja lapsen välillä tai muusta lapsen kehityshäiriöstä, joita tulee selvittää. Ellei vauva ole lainkaan kiinnostunut ihmisistä, kyseessä voi olla autistinen häiriö ja lapsi tulee lähettää jatkotutkimuksiin.

Jos silmä vetistää jatkuvasti painelu- ym. hoidosta huolimatta, lapsi lähetetään nyt tai viimeistään 10 kk:n iässä arvioon kyyneltiesondeerauksen tarpeellisuudesta. Myös epäilty silmäperäinen kierokaula (torticollis) edellyttää jatkotutkimuksia. Jos todetaan korkea skrotaalinen kives tai piilokiveksisyys, kontrolloidaan tilanne 10 kk:n iässä tai lähetetään lapsi heti jatkotutkimuksiin. Sydämen sivuääni edellyttää jatkoselvittelyjä (ks. luku 11.2). Myös karsastus ja muut silmälöydökset edellyttävät lähetettä eteenpäin.

Tämän käynnin jälkeen runko-ohjelman mukaiset tarkastukset harvenvat, mutta tarvittaessa on mahdollisuus ylimääräisiin käynteihin.

10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa

Terveen yksivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Yksivuotias lapsi alkaa liikkua yhä enemmän itsenäisesti. Kävelemään lapset oppivat keskimäärin 1-vuotissyntymäpäivän tienoilla. Kaikki terveet ja normaalit lapset eivät siis vielä tässä vaiheessa osaa kävellä. Pinsettiote on suurimmalla osalla jo hyvin kehittynyt. Lapsi haluaa tehdä yhä enemmän asioita itse. Hän on toimelias ja samalla tapaturma-altis. Ensimmäisiä oman tahdon ilmauksia tulee pikku hiljaa esiin. Yksivuotias reagoi, kun vanhempi kutsuu häntä nimeltä. Hän voi myös reagoida esim. sanaan "ei" kuullessaan, vaikka ei näe sanaan liittyvää elettä. Lapsi ymmärtää yksinkertaista puhetta, ja hän matkii ja tapaillee sanoja. Sosiaalinen vuorovaikutus, sylissä pitäminen, juttelu, lorut, laulut, leikit ja yhdessäolo ylipäättään ovat lapsen kehitykselle tärkeitä. Mieluisia leikkejä ovat esimerkiksi esineen ottaminen ja antaminen sekä piiloleikki yhdessä aikuisen kanssa. Lapsi siirtyy syömään samaa ruokaa kuin muu perhe, joten perheen ruokailutottumuksilla on nyt suuri merkitys. Osa lapsista on aloittanut tai aloittelemassa päivähoidon.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistamiseen kuuluvat

- vanhempien spontaanisti esiin tuomat ilonaiheet ja/tai huolet
- vanhempien arvot ja asenteet vanhemmuuden perustana
- vanhempien oma terveys, työtilanne, työnjako kotona, parisuhde ja jaksaminen
- vanhempien havainnot lapsesta
- jo todetut lapsen terveyspulmat
- lapsen ruokailu, erityisruokavaliot, D-vitamiinilisän muistaminen
- perheen yhteinen ruokailu, perheen päivärytmi
- lapsen mahdolliset univaikeudet

- lapsen kanssa seurustelu, tyyntyttely, leikkiminen ja muu kommunikointi
- perheen sosiaalinen tilanne ja läheissuhteet
- vanhempien päihteiden käyttötottumukset ja väkivalta perheessä
- lapsen hoitojärjestelyt tai -suunnitelmat
- vanhempien työnjako

Terveysneuvontaan kuuluu keskustelu

- perheen ja lapsen ruokailutavoista, säännöllisestä ruokailurytmistä, yhteisten aterioitten tarpeesta ja terveellisestä ruokavaliosta
- lapsen hampaiden harjauksesta ja hampaiden reikiintymistä aiheuttavien bakteerien tartunnan ehkäisystä
- tapaturmien ehkäisystä
- kieltämisestä ja rajojen asettamisesta
- vanhemman turvallisen läsnäolon merkityksestä lapselle
- lapsen kanssa leikkimisestä, leikeistä, juttelemisestä, lukemisesta, loruista ja lauluista
- lohduttelusta ja läheisyydestä.

Yksivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- suun terveys: Katsotaan lapsen ylähuulen alle. Mikäli hampaiden pinnalla näkyy plakkia, lapsi ohjataan suun terveydenhuoltoon.
- iänmukainen kehitysarvio: Ks. kuvaus edellä. Liikkuminen. Yksinker- taisten ohjeiden ja kieltojen ymmärtäminen, sanojen tapailu. Lapsi reagoi tuttuihin nimiin ilman non-verbaalista vihjettä (esim. katso lamppuun, missä äiti, ilman että tutkija katseella tai eleellä osoittaa kohdetta). Vuorovaikutuksellinen leikki (piiloleikki, vilkuttaminen). Käsi- en käyttö, esineiden heittäminen, pinsettiote.

10.10 Puolitoistavuotias lapsi neuvolassa

Puolitoistavuotiaan lapsen perheelle järjestetään sekä terveydenhoitajan että lääkärin tapaaminen, joihin kumpaankin varataan riittävästi aikaa. Terveydenhoitajan vastuulla on ensisijaisesti terveysneuvonta. Lääkäri vastaa ensisijaisesti sairauksien seulonnasta ja ottaa kokonaisvastuun lapsen terveydentilan arvioinnista. Hän suunnittelee yhdessä terveydenhoitajan ja perheen kanssa lapsen terveysseurannan. Terveydenhoitajan henkilökohtaisen tapaamisen osittaisena vaihtoehtona voi olla ryhmäneuvolakäynti, jossa on hyvä mahdollisuus toteuttaa neuvontaa keskustellen. Ryhmäneuvolassa perheet saavat myös vertaismielipiteitä kasvatuskysymyksistä. Tässä ikävaiheessa on tärkeää kertoa lapsen normaalista tahtomisikävaiheesta, ja keskustella siihen suhtautumisesta.

Terveen puolitoistavuotiaan lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa jo kävellä. Hän kurkistelee, kurottelee, kiipeilee ja tutkii, heittelee ja rikkoo esineitä. Lapsi alkaa osoittaa omaa tahtoa: hän haluaa syödä itse, pukea itse, viedä lautasensa itse jne. Vanhemmalla on nyt hyvin tärkeä rooli rohkaisijana ja kannustajana, mutta myös turvallisena ja johdonmukaisena rajojen asettajana. Jos lapsi jatkuvasti saa tahtomisellaan siirtää vanhemman asettamia rajoja ja sääntöjä, lapsen sisäinen turvallisuuden tunne voi jäädä kehittymättä. Elämän ei silti pidä olla pelkkää kieltämistä ja käskemistä; lapsen täytyy saada kokea olevansa rakastettu, arvostettu ja ihailtu omana itsenään. Tämänikäinen lapsi lähtee yleensä hyvin mukaan uuteen toimintaan, mikäli hän kokee olonsa turvallisiksi. Lapsi on jo oppinut sanan ja esineen yhteyden, ja hänellä on yleensä merkityksellisiä sanoja, joita hän osaa käyttää oikeissa asiayhteyksissä. Potalla käymistä voidaan tässä iässä yksilöllisesti harkiten alkaa opetella. Siitä huolimatta ei pidä odottaa, että lapsi vielä oppisi kuivaksi. Normaali lapsi sairastaa tässä iässä 5–10 jonkinasteista hengitys- tai suolistoinfektiota vuodessa.

Terveysneuvonnan keskeisimpiä aihealueita on vanhemmille usein yllätyksenä tuleva lapsen voimakas oman tahdon kehittymisen vaihe. Sen kohtaaminen ja hyväksyminen lapsen normaaliin kehittymiseen kuuluvaksi on tärkeää sekä lapsen itse- ja tunnesäätelyn että lapsen pettymysten sietokyvyn kehittymisen kannalta. Vanhempien kasvatustilinjat voivat olla valtakulttuurista poikkeavia. Kaikki vanhemmat eivät välttämättä tietoisesti pohdi omia kasvatustavoitustensa ja tapojensa, ellei heitä siihen johdateta. Isän ja äidin käsitykset lapsen kasvatustavoista voivat olla varsin erisuuntaiset, ja tästä on voinut seurata jännitteitä. Terveystieteiden tärkeä tehtävä on myötävaikuttaa siihen, että vanhempien kasvatustilinjat tulevat yhteisesti sovituiksi, ja varmistaa että vanhemmat tietävät ruumiillisen kurituksen olevan haitallista ja Suomen lain mukaan rikos.

Vanhemmilla pitää lisäksi olla tilaisuus kertoa yksilöllisistä huolistaan koskien esimerkiksi parisuhdevaikeuksia, lapsen kehitystä tai sairastelua tai konkreettisia ruokailu-, käytös- tai unipulmia.

Lääkärin tekemään *terveystarkastukseen* kuuluu lapsen kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdollisten huolenaiheiden tunnistaminen. Aikaa on oltava riittävästi, jotta lapsi ehdittäisiin tutkia kunnolla ja sen ohella keskustella esimerkiksi lapsen kasvatustavoista tai sairastelusta. Ks. Lisäksi 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa.

1,5 vuoden ikäiseltä lapselta tutkitaan

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- kyky vuorovaikutukselliseen kontaktiin: syliin hakeutuminen, katsekontaktin ottaminen

- puheen tuotto: yleensä lapsella on mielekkäästi käytettyjä sanoja
- puheen ymmärtäminen: lapsi osoittaa nimettyjä esineitä (kuvat) ja toimii lyhyiden kehotusten mukaan
- lusikan käyttö syömiseen ja ruoan pureskelu (anamnestisesti)
- lapsen ylätuhampaiden puhtaus (jos hampaat ovat plakin peittämät, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- hampaiden puhkeaminen (jollei yhtään hammasta ole näkyvissä, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- 2 palikan pinoaminen (ongelmat voivat liittyä lihastonukseen, silmien ja käden yhteistyön vaikeuksiin tai jäljittelytaitojen vaja-uuksiin)
- esineiden mielekäs käsittely
- kiinnostuminen uudesta lelusta
- kyky vastavuoroiseen (pallo- tai ”ota-anna”-) leikkiin
- silmillä seuraaminen ja karsastus: liikutetaan esinettä ylös, alas ja sivuille
- pinsettiote
- Hirschbergin testi
- suora peittokoe, ainakin niille lapsille, joiden lähisuvussa on esiin-tyntynyt toiminnallista heikkonäköisyyttä tai karsastusta
- punaheijaste
- kävelee ilman tukea
- seisomaan nouseminen ilman tukea, kun lapsi esim. nostaa palloa lattialta
- spontaani liikehdintä, istuma-asento, lihastonus: huomaa erityisesti asymmetriat, näön käytön ongelmista johtuva tortikollis
- iho, sydänäänet, vatsa, reisivaltimopulssit, kivekset, vulva, täry- kalvot (ks. luku 11.4 Kuulon ja näön seulonnat)

Ruoka-aineallergiat ovat tässä iässä väistymässä. Kannattaa varmistaa vanhemmilta, että dieetti on asianmukaisessa seurannassa. On tavallista, että eliminaatiodieetit jäävät tarpeettoman pitkään ”päälle”. Tarvittaessa tehdään dieettien purkuohjelma.

Pojat oppivat puhumaan keskimäärin hieman myöhemmin kuin tytöt. Siksi tässä iässä mielekkäiden sanojen tai sanojen yritysten puuttuminen pojilla ei ole niin huolestuttavaa kuin tytöillä. Mikäli lapsen kuulo, kontak- tikyky ja puheen ymmärtäminen (esim. ”Vie pallo äidille”) ovat ikätasoisia, voidaan ensimmäisiä sanoja jäädä odottamaan ja tarkistaa tilanne kahden vuoden iässä. Vanhempia on hyvä ohjata lapsen kanssa leikkimiseen ja juttelemiseen sekä jaettuun tarkkaavaisuuteen (esim. aikuinen lähtee mukaan keskustelemaan asiasta tai esineestä, johon lapsi osoittaa kiin- nostusta). Jos lapsella on puolitoistavuotiaana aktiivisessa käytössä vain muutama sana, on aiheellista tiedustella, onko suvussa luki-, oppimis- tai keskittymisvaikeuksia. Jos näitä on lähisuvussa, voi perhe hyötyä myös puheterapeutin ohjauksesta. Lapsi, jolla epäillään kuullun puheen (ohjeet,

kysymykset, arjesta tutut nimikkeet) ymmärtämisvaikeutta, tulisi ohjata puheterapeutin tutkimuksiin.

Puheen kehityksen ongelmat voivat olla ensioireita erityisestä kielen oppimisvaikeudesta (dysfasia), kuulovammaisuudesta, kehitysvammaisuudesta, autistimista tai muista kontaktiongelmistä, motorisista häiriöistä (dyspraksia, puheliikkeiden ohjailuvaikeus), deprivaatiosta ja perheen sisäisistä vuorovaikutusongelmista sekä monikulttuuristen lasten monimutkaisista psykososiaalisista ongelmista. Suvussa esiintyvät kielen omaksumisen ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä luki- ja oppimisvaikeudet ovat aihe kielen ja kommunikaation kehityksen tavallista tarkempaan seurantaan. Puheterapeutin apua kannattaa pyytää herkästi. Epäilyttävissä tapauksissa voidaan yhä käyttää Varhaisen kommunikaation ja kielenkehityksen arviointimenetelmää (Lyytinen 1999).

Ongelmat mielekkäässä esineiden käsittelyssä voivat liittyä puheen kuulemiseen tai ymmärtämiseen, silmän ja käden yhteistyöhön, älylliseen kehitysvammaisuuteen jne. On siis selvää, että jokaista löydöstä tulee arvioida kokonaisuuteen suhteuttaen. Näön tutkimiseen kiinnitetään erityistä huomiota, mikäli sisaruksilla tai vanhemmilla on ollut toiminnallista heikkonäköisyyttä tai karsastusta.

Kivekset voivat retentoitua missä iässä tahansa ennen puberteettia, joten kivesten palpaatio kuuluu jokaiseen neuvolalääkärin tutkimukseen.

10.11 Kaksivuotias lapsi neuvolassa

Terveen kaksivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Kaksivuotias kehittyy liikunnallisesti koko ajan. Hän osaa jo vähän juosta, opettelee kiipeämään portaita ja yleensäkin harjoittelee tasapainoilua. Kaksivuotias tahtoo saada ja tehdä mitä erilaisimpia asioita. Hänellä ei kuitenkaan ole käsitystä siitä, mitä hän voi saada ja mitä ei, joten tämä ikä on usein aikuisen mielestä hankala. Lapsi leikkii mielellään toisten lasten kanssa. Lapset eivät kuitenkaan vielä osaa varsinaisesti leikkiä yhdessä, vaan leikkivät samaa leikkiä rinnakkain. Kaksivuotias puhuu yleensä kaksisanaisia lauseita, mutta hän saattaa sanoa sanoja väärin ja toistaa sanojen alkutavuja. Yksilöllisen kielenkehityksen vaihtelu on laajaa: vaihteluväli sanaston kohdalla voi olla 0–600 sanaa (Lyytinen 2003). Lapsi kysyy ”mikä”-kysymyksiä. Puheeseen ei pidä puuttua korjailemalla lapsen ilmaisuja. Sen sijaan on hyvä jatkaa keskustelua ja antaa samalla lapsen sanoman väärän sanahahmon oikea malli. Lapsen kehitystä edistää, kun hänen kanssaan puhutaan ja luetaan paljon ja katsellaan kuvia lapsen kanssa.

Nyt on siisteyskasvatuksen aika: Moni lapsi pääsee 2–3 ikävuoden välillä kokonaan eroon vaipoista. Toisaalta hyvin moni tarvitsee vielä ainakin yövaippoja. Kuivaksi oppiminen riippuu yksilöllisestä kypsymistahdistä, ja vanhemmalta tarvitaan herkkyyttä aistia lapsensa tilannetta.

Tutin käytöstä olisi hyvä luopua viimeistään tässä iässä. Infektioauteja sairastetaan yhä paljon.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ja Terveysneuvonta:
ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa.

Lisäksi terveysneuvontaan kuuluu keskustelu

- kaksivuotiaan kehitysvaiheesta: tahtoiästä, rajojen asettamisesta ja tavoista, millä hankalista tilanteista voidaan selvitä
- perheen ja lapsen ruokailutavoista, yhteisten aterioiden merkityksestä, terveellisestä ruokavaliosta, jatkuvan napostelun välttämisestä ja D-vitamiinilisästä muistuttaminen
- lapsen hampaiden harjauksesta ja reikiintymistä aiheuttavien bakteerien tartunnan ehkäisystä
- lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käytöstä
- siisteyskasvatuksesta ja tutista luopumisesta
- television katselun rajoittamisesta

Kaksivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: ks. kuvaus edellä. Käveleminen, kyykistyminen ja ylösnouseminen, pallon potkaisu. Puheen kehitys: yksinkertaisten ohjeiden noudattaminen ja kieltojen ymmärtäminen, tuttujen esineiden nimeäminen kuvasta. Muutaman palikan tornin rakentaminen.

On tärkeää tunnistaa lapset, joiden kielenkehitys ei todennäköisesti etene iänmukaisesti. Siksi lapsen kielenkehitystä arvioitaessa on tarpeen kiinnittää huomiota lapsen tapaan olla vuorovaikutuksessa. Myös lapsen kyky ymmärtää puhetta ja käyttää esikielellistä kommunikaatiota kertovat kielenkehityksen etenemisestä.

Erityistä huomiota tulee kiinnittää lapsiin, jotka eivät vielä 2-vuotiaana osaa sanoa mielekkäitä sanoja, tai joiden lähisukulaisilla on tai on ollut kielellisiä vaikeuksia. Ellei lapsi kaksivuotiaana puhu sanoja, tai ellei hän ymmärrä yksinkertaisia sanallisia ohjeita, pyritään arvioimaan, kuuleeko lapsi normaalisti. Jos kuulo vaikuttaa normaalilta, lapsi kannattaa lähettää puheterapeutin arvioon. Mikäli epäillään, että lapsi ei kuule normaalisti, tehdään lähete keskussairaalan tai kuulokeskuksen tutkimuksiin (ks. luku 11.4 Kuulon ja näön seulonnat). Tilanne puheenkehityksen suhteen tulee arvioida uudelleen korvalääkärin tutkimuksen jälkeen.

Vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta tulee havainnoida. Kaksivuotiaan voidaan odottaa olevan aloitteellinen vuorovaikutuksessa. Hän osaa totella kieltoja ja lyhyitä, selkeitä ohjeita (itsesääätely). Lapsi osaa lohduttaa ja hakea lohdutusta vanhemmaltaan (lapsen ja vanhemman empatiakyky). Vanhemman tulisi kyetä antamaan lapselle selkeitä ohjeita ja rajat,

ja huolehtia niiden toteutumisesta ilman väkivaltaa. Vanhemman tulee osata suhtautua myötätuntoisesti lapseen. Lapsella tulee olla säännöllisiä päivärutiineja (ajantaju ja itsesääätely).

Seerumin kolesterolipitoisuus tutkitaan kahden vuoden iässä niiltä lapsilta, joiden suvussa on familiaalista hyperkolesterolemiaa tai lähi-suvussa on ollut sepelvaltimotauti (ks. luku 11.2 Somaattiset seulon-nat).

10.12 Kolmevuotias lapsi neuvolassa

Lapsen täyttäessä kolme vuotta voidaan perheen tapaaminen järjestää joko terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa tai yksinomaan terveydenhoitajan kanssa. Kaikkien lasten 3-vuotislääkärintarkastus voidaan jättää pois, jos paikkakunnalla on jostain karsittava niukkojen lääkäriresurssien vuoksi. Lääkärin neuvolatyö on kuitenkin syytä mitoittaa niin, että terveydenhoitaja voi ohjata tarkastuksensa perusteella lapsen herkästi lääkärin vastaanotol-le. Tarkastus voidaan tehdä myös kotikäynnillä tai osa käynnistä voidaan korvata ryhmäneuvolalla, jolloin yksilötapaamiseen tarvitaan vähemmän aikaa. Kehitysseulontojen laajuudesta voidaan päättää paikallisesti: (ks. 11.3).

Joissakin neuvoloissa on käytössä neuvolan ja päiväkodin yhteinen Kolmevuotiaan lapsen kehityksen arviointilomake. Lomakkeeseen on päiväkodissa kirjattu tietyt huomiot lapsesta, ja tieto kulkee vanhempien mukana neuvolaan. Neuvolatarkastuksen perusteella terveydenhoitaja tai lääkäri kirjaa siihen omat huomionsa päiväkodin tiedoksi mahdollisin jatkotoimenpide-ehdotuksin.

Terveen kolmevuotiaan lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa hyppiä tasajalkaa ainakin yhden hypyn verran. Tasapaino pysyy hetken yhden jalan varassa. Hän pystyy heittämään palloa molemmilla käsillä niin, että pallo lähtee tarkoitettuun suuntaan. Hän osaa kävellä varpaillaan. (Jotkut kävelevät jopa koko ajan. Se on normaalia, jos seistessä kantapää on maassa.) Pihtipolvet ovat pahimmillaan. Lapsi osaa sanoa useita sanoja selvästi ja ymmärrettävästi, ja hän puhuu lyhyitä lauseita. Puhe voi olla takeltelevaa ja toistavaa. 3-vuotias kyselee paljon ”miksi, missä” -kysymyksiä. Yleensä tämänikäinen kykenee keskittymään n. 15 minuutin ajaksi, kun hän esimerkiksi leikkii yksin. Lapsi matkii usein aikuisten arkitoimintoja esim. syöttämällä nukkea. Hän pitää luetuista kertomuksista, kun hän voi itse seurata tarinaa kuvia katsomalla. Hänen tulisi reagoida musiikkiin tavalla tai toisella. Hän on omistushaluinen, itsenäinen ja utelias. Hän kokeilee leluja: tunnustelee, taputtaa, kaataa ja tyhjentää, puristelee ja täyttää. Hän pitää yleensä yksinkertaisesta rakentelemisesta, mutta piirtäminen on vielä töhertelyä. Tavallisesti 3-vuotias lapsi kykenee ajamaan kolmi-pyöräistä pyörää, ja leikit kiinnostavat sekä ulkona että sisällä. Kolme-

vuotias on jo oivaltanut, että hän pystyy omalla tahdollaan vaikuttamaan ympäristöönsä. Lapsi hakee myös eroa itsensä ja muiden välille ja haluaa konkreettisesti kokea, että hänestä pidetään huolta. Käytännössä nämä piirteet tarkoittavat, että lapsi on usein varsin uhmakas ja vaativa. Monet vanhemmat ovat väsyneitä yhä jatkuviin kiukkukohtauksiin. Kieltoja ja sääntöjä pitäisi jaksaa noudattaa johdonmukaisesti. Toisten lasten kanssa leikki sujuu vielä vaihtelevasti, vaikka lapsi nauttiikin toisista lapsista. Useimmat leikit käydään rinnan toisten lasten kanssa. Varsinaiseen yhteisleikkiin 3-vuotias ei vielä kykene. Kolmevuotias osaa riisua itse ja pystyy pukemaan helppoja vaatteita päälleen tai nukun päälle. Monet 3-vuotiaat tutkivat innokkaasti sukupuolielimiään ja leikkivät niillä. Lähes kaikilta ulostaminen ja virtsaaminen onnistuvat pottaan. (Vasta yli 4-vuotiaan katsotaan tuhrivan.) Noin puolet 3-vuotiaista lapsista on myös yökuivia. Tutista pitäisi olla päästy jo eroon.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi

- vanhempien käsitys lapsen puhetaidoista, keskittymiskyvystä, arkitoimintojen matkimisesta, kertomuksien kuuntelemisesta, (musiikkiin reagoimisesta)
- oman tahdon edelleen kehittyminen, ja miten vanhemmat jaksavat sen kanssa
- lapsen omatoimisuus päivittäisissä asioissa
- päivävaipan tarve, tutin käyttö
- miten lapsi leikkii toisten lasten kanssa

Terveysneuvonta ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi otetaan esiin

- 3-vuotiaan kehitysvaihe: 3-vuotias on mallioppija. Perheen yhteinen puuhailu ja arkitoiminnoista oppiminen. Vanhempia kannattaa ohjata kiittämään ja kannustamaan lastaan, keskustelemaan lapsen kanssa, vastailemaan lapsen loputtoman tuntuisiin kysymyksiin ja lukemaan satuja lapselleen;
- D-vitamiinilisä (loka-maaliskuussa); lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö
- television ja videoiden katselun rajoittaminen ja mahdolliseen tietokoneeseen suhtautuminen (ks. luku 14.7 Lapset ja tietotekniikka)

Kolmivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus (jos hampaat ovat plakin peittämät, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- kasvojen symmetria (jos selkeää epäsymmetriaa, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)

- psykososiaalinen kehitys: lapsen tulisi olla kiinnostunut muista lapsista, kyetä odottamaan hetken aikaa ja kestää vanhemman lyhyt poissaolo
- karkea motoriikka: kävely, varpailla kävely, yhdellä jalalla seisominen, hyppääminen ja pallon heittäminen (ks. kuvaus edellä). Kävelyn tulee olla suuntatietoista, rytmikästä, joustavaa, rentoa. Suuntatietoisuuden pitäisi säilyä siitä huolimatta, että lapsi katselee ympärilleen.
- puheen ymmärtäminen: noudattaa yksinkertaisia ohjeita, näyttää raajat ja kasvojen osat
- puheen tuottaminen: vähintään 3 sanan lauseet, käyttää monikko-muotoja
- käsitteiden ymmärtäminen: ymmärtää suuren ja pienen eron kuvatehtävässä, pystyy luokittelemaan eri väriset palikat eri paikkoihin. Lapsen tulisi myös ymmärtää sukupuolten ero.
- kuullun hahmotus: erottaa samantyyppiset sanat, jotka tarkoittavat eri asiaa
- silmä-käsi yhteistyö: pystyy rakentamaan 7 palikan tornin, jäljentää ympyrän, pysty- ja vaakaviivan, pystyy kiertämään korkin auki
- näköhavainto: lähi- ja/tai kaukonäöntarkkuus (on suositeltavaa tutkia molemmat) esim. LH-tauluilla ja -korteilla (jos lapsi on kooperatiivinen), karsastus peittokokeella ja Hirschbergin kokeella. Stereonäkö voidaan tutkia esim. TNO-testillä, mikäli sellainen on neuvolassa käytössä.
- jos puheen ymmärtämisessä tai tuotossa on ongelmia, on varmistettava, että lapsen kuulo on normaali (ks. luku 11.4)

Mikäli vähintään kolmessa karkeamotoriikkaa tutkivassa osatehtävässä on poikkeavuutta, lapsi lähetetään lisätutkimuksiin fysioterapeutille tai lastenneurologian poliklinikalle paikallisen hoito-ohjelman mukaisesti. Kahdessa osatehtävässä epäonnistunut lapsi kannattaa tutkia uudelleen jonkin ajan kuluttua. Vastaavalla tavalla tehdään kokonaisarvio myös muista osa-alueista.

Näöntarkkuuden tutkiminen ei aina onnistu puuttuvan ko-opeeraation vuoksi. Ellei ole erityistä syytä epäillä heikkonäköisyyttä, tutkimusta voidaan lykätä näissä tilanteissa myöhemmäksi. Lisätutkimuksiin on aiheetta, jos näöntarkkuus sekä lähi- että kaukonäössä on binokulaarisesti huonompi kuin 0.5, tai silmien välillä on 2 rivin ero, tai todetaan ilmeinen karsastus.

Lapsi lähetetään puheterapeutin arvioon, jos hänen puheensa on epäselvää tai niukkaa, jos lyhyiden ohjeiden ja/tai kysymysten ymmärtäminen tuottaa vaikeuksia, jos lapsi vastaa asian vierestä tai ei anna ymmärrettäviä vastauksia tai ei kykene keskittymään kuuntelemiseen: ei esimerkiksi reagoi kysymykseen tai ohjeeseen.

Mikäli sekä terveydenhoitaja että lääkäri osallistuvat tarkastuksen tekemiseen, heidän keskinäisestä työnjaostaan pitää sopia niin, että se on tarkoituksenmukainen ja sujuva.

10.13 Nelivuotias lapsi neuvolassa

Terveydenhoitajan tapaaminen. Kehytysseulontojen laajuudesta voidaan päättää paikallisesti: ks. 11.3 Neurologisten ongelmien seulonnat.

Terveen neljävuotiaan lapsen kehitysvaihe. Nelivuotias on usein touhukas. Hänen on vaikea pysytellä pitkään paikoillaan, mutta jos jokin puuha häntä todella kiinnostaa, hän pystyy keskittymään siihen hyvin puoleksi tunniksi. Yksittäisellä esineellä hän jaksaa leikkiä 5–10 minuuttia. Lapsi on oppinut hallitsemaan liikkeensä hyvin, ja hän on itsevarma ja peloton leikeissään. Seuraavat motorisen kehityksen luonnehdinnat ovat käytössä LENE-menetelmässä (ks. luku 11.3). Lapsi osaa hypätä yhdellä jalalla paikallaan 4–5 kertaa ja tehdä haara-perus -hyppyjä. Hän kykenee seisomaan yhdellä jalalla 5–6 sekuntia ja kävelemään viivaa pitkin. Myös hienomotoriikka on hyvin kehittynyttä, useimmat lapset osaavat jo käyttää saksia ja napittaa pukunsa. Kielellinen kehitys on edistynyt nopeasti. Hän pystyy tuottamaan kokonaisia, vähintään 3–4 sanan lauseita, ja puhe on helposti ymmärrettävää. R:n ja S:n korvautumista voi vielä tapahtua. Lapsi pystyy noudattamaan helposti kaksiosaisia ohjeita, laskemaan ainakin kolmeen, ja hän ymmärtää kysymyksiä. Hän osaa nimetä vähintään kolme neljästä pääväristä. Nelivuotiaalla on vilkas mielikuvitus, hän liioittelee, kerskailee ja kertoo epätodellisia tarinoita. Nelivuotias kykenee jo yhteisleikkiin kahden tai kolmen lapsen ryhmässä, mutta leikeissä ei vielä ole suunnitelmaa yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Lapsen mielenkiinto kohdistuu usein enemmän kavereihin kuin itse toimintaan. Roolileikit ovat mieluisia. Monet lapset leikkivät mielellään myös sukupuolielimillään, näyttävät niitä toisilleen ja riisuvat toistensa housuja. Lapsi pystyy jo hyvin olemaan erossa vanhemmistaan jonkin aikaa. Useimmat lapset ovat kuivia ja siistejä, joskin yökastelu on varsin yleistä.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen: ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa (soveltaen). Lisäksi:

- vanhempien käsitys lapsen keskittymiskyvystä, omatoimisuudesta, leikkitaidoista toisten lasten kanssa ja mieluisimmista leikeistä
- mahdollinen (yö)kastelu

Terveysneuvonta: ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa (soveltaen). Lisäksi otetaan esiin:

- nelivuotiaan kehitysvaihe: mielikuvitus voi tuottaa ongelmia, kun ero toden ja kuvitellun välillä on epäselvä. Pelottelua tai uhkailua

ei kannata käyttää, sillä lapsella on helposti muutenkin liioiteltuja pelkoja. Vanhempia on hyvä ohjata kiittämään ja kannustamaan lastaan, keskustelemaan lapsen kanssa, vastaillemaan lapsen loputtoman tuntuisiin kysymyksiin. Nelivuotias on omatoiminen ja häntä kannattaa opettaa siisteyteen. Hän osallistuu mielellään kodin töihin.

- lapsen luovuuden tukeminen, sadut, askartelu, rakentelu jne.
- D-vitamiinilisä (loka-maaliskuussa); lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö
- television ja videoiden katselun rajoittaminen ja mahdolliseen tietokoneeseen suhtautuminen (ks. luku 14.7 Lapset ja tietotekniikka)

Nelivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus ja kasvojen symmetria (ks. 10.12 Kolmevuotias lapsi neuvolassa)
- karkea motoriikka: kävely, kävely viivaa pitkin, yhdellä jalalla seisominen ja hyppiminen, haara-perushyppy. Pallon heiton ja kiinnioton tulisi onnistua parin metrin päästä.
- vuorovaikutustaidot: kykenee vastavuoroisuuteen
- tarkkaavaisuus ja motivoituminen: lapsi pystyy keskittymään tehtäviin tutkimustilanteessa n. 10 minuutiksi yhtäjaksoisesti
- puheen ja käsitteiden ymmärtäminen: noudattaa 2-osaisia ohjeita, vastaa asianmukaisesti kysymyksiin, nimeää värejä, laskee ainakin kolmeen
- puheen tuottaminen: vähintään 3–4 sanan lauseet, helposti ymmärrettävää puhetta
- kuullun hahmotus: erottaa samantyyppiset sanat, jotka tarkoittavat eri asiaa
- silmän ja käden yhteistyö: jäljentää mallikuvioita (ristin ja neliön), leikkaa suoraa viivaa pitkin, pujottaa 1 cm:n läpimittaisia helmiä muovilankaan
- muotolaatikka voidaan käyttää avaruudellisen hahmottamisen kartoittamiseksi. Nelivuotias selvittää kolme helpointa palikkaa laatikkoon. Kaksi vaikeinta (kolmio ja monikulmio) hän osaa laittaa laatikkoon joko heti tai oppii ensimmäisen näyttämisen jälkeen ja taito pysyy.
- näön tutkimisessa toistetaan 3-vuotiaan tutkimukset
- kuulo tutkitaan audiometrillä (seulonta). Normaali kuulo on 20 dB 0,25–4 kHz

Mikäli vähintään kolmessa karkeamotoriikkaa tutkivassa osatehtävässä on lievää poikkeavuutta, lapsi lähetetään fysioterapeutin jatkoarvioon. Yksikin selvä poikkeavuus on merkittävä, jos 1–4 muussa tehtävässä

on lievää poikkeavuutta. Tällöin on neuvolatyöryhmässä mietittävä paikallisesti, onko aihetta tukitoimenpiteisiin tai perheen ohjaukseen ja seurantakäyntiin terveydenhoitajalla. Kahdessa osatehtävässä lievästi epäonnistunut lapsi kannattaa tutkia uudelleen jonkin ajan kuluttua. Vastaavalla tavalla tehdään kokonaisarvio myös muista osa-alueista. Lapsen kehitystä arvioitaessa täytyy katsoa kokonaisuutta ja lapsen kehitystä, ei pelkästään yksittäisiä taitoja.

Psykososiaalisen kehityksen kannalta on hälyttävää, jos lapsi ei kykene solmimaan ystävyysuhteita tai leikkimään vastavuoroisesti. Ensisijaisesti kannattaa asiaa selvittää kysymällä, vanhempien luvalla, päivähoidon käsityksiä. Tarvittaessa pyydetään psykologin arviota ja pohditaan tilannetta neuvola- tai kuntoutustyöryhmässä.

Jos puheen tuottamisessa, ohjeiden noudattamisessa, kysymysten ja käsitteiden ymmärtämisessä tai kuullun hahmotuksessa tulee esiin vaikeuksia, on lapsi syytä lähettää puheterapeutin tutkimuksiin. Jos lapsella on äännevirheitä tai epäselvä puhe, kielijänteen pituus (haittaako mahdollisesti lyhyt kielijänne kielenkärjen käyttöä) on syytä tarkistaa. Kielijänteen katkaisu onnistuu harvoin vauvaiän jälkeen ilman nukutusta, jolloin tarvittaessa on laadittava lähete toimenpiteeseen.

Toivottavaa olisi, että dysfaattisten lasten tutkimukset, diagnoosi, kuntoutussuunnitelma ja terapiat olisivat kunnossa viiden vuoden iässä. Uusi ICD 10-tautiluokitus sisältää selvät kriteerit dysfasian diagnostiikalle. Jos paikallisesti on käytettävissä riittävästi asiantuntemusta ja mahdollisuus konsultoida erikoissairaanhoidtoa, voidaan tutkimuksia ja diagnostiikkaa nopeuttaa ja käynnistää tukitoimet viivytyksettä. Dysfaattinen lapsi on oppivelvollinen 6-vuotiaana ja esikouluikäinen 5-vuotiaana. Pidennettyä oppivelvollisuutta varten tarvitaan psykologin lausunto.

10.14 Viisivuotias lapsi neuvolassa

Viisivuotiaan neuvolatutkimus on yleensä kaikista määräaikaikäykneistä laajin ja aikaa vievin. Suhteellisen lievätkin, mutta myöhemmin kouluvaikeuksia aiheuttavat neurologiset ongelmat pitäisi havaita viimeistään tässä iässä. Siten niitä voidaan asianmukaisesti selvittää ja tarvittaessa käynnistää tukitoimenpiteet ennen kouluikää. Huolellisistakin testauksista huolimatta kuitenkin osa oppimisvaikeuksista tulee esiin vasta kouluikässä. Oppimisvaikeudet aiheuttavat herkästi syrjäytymiseen johtavan kierteen, jonka ehkäisemiseksi olisi tehtävä kaikki mahdollinen. Kun häiriö on tunnistettu, lapselle tulee järjestää asianmukaiset tukitoimenpiteet ja tarvittaessa varhaiskuntoutus. Kannattaa selvittää, oikeuttaako lapsen ongelma esimerkiksi varhennettuun esiopetukseen. Tutkimukseen voi liittää esihaastattelulomakkeen, jonka vanhemmat täyttävät. Kehitysseulontojen laajuudesta ja ajoituksesta voidaan päättää paikallisesti (ks. 11.3). Jos alueella on päätetty keskittää tarkimmat kehitysseulonnot viittä vuotta

nuorempiin lapsiin, on muistettava, että jollakin muulla paikkakunnalla tarkempi tutkimus tehtäisiin ehkä vasta viisivuotiaille. Tästä syystä alueelle muuttaneiden lasten viisivuotistarkastuksessa on syytä selvittää, onko lapselle kehitysseulonat tehty.

Suositellaan, että 5-vuotistutkimusta varten pyydetään myös lausunto lapsen päivähoitajilta. Heillä on usein hyvä käsitys lapsen tilanteesta, taidoista ja mahdollisista pulmista. Heidän lausuntonsa on arvokas asi-
antuntijakannanotto, joka täydentää vanhempien kertomusta. On myös mahdollista toteuttaa osa 5-vuotistutkimuksesta päiväkodissa (ks. 3.6.2 Yhteistyö päivähoiton kanssa).

Terveydenhoitajan ensisijaisia tehtäviä viisivuotistarkastuksessa ovat vanhempien esihaastattelu, yleinen terveystarkastus, lapsen mittaaminen, punnitseminen ja kehitystasotehtävien teettäminen (ellei niitä ole tehty päivähoitossa). Näiden pohjalta lääkäri tekee lapsen somaattisen tutkimuksen, kokoaa tulokset yhteen ja esittää johtopäätökset. Jatkosuunnitelmat tehdään yhdessä vanhempien ja terveydenhoitajan kanssa. Jatkosuunnitelmat ovat usein lisätutkimustarpeista päättämistä ja yhteydenotoista sopimista.

Terveen viisivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Viisivuotiaan kyky pitkäjänteiseen toimintaan on jo melko hyvä. Lapsi jaksaa keskittyä erilaisiin tehtäviin ja esim. 5-vuotistesteihin vähintään 25–30 minuutiksi. Lapsi on utelias (esimerkiksi kiinnostunut ympäristöstään, myös terveydenhoitajan huoneessa olevista tavaroista). Hän keskustelee ja kuuntelee mielellään satuja ja musiikkia. Viisivuotiaan motoriset taidot (liikkeiden yhdistely ja sujuvuus) ovat jo varsin kehittyneitä. Lapsi kiipeilee, pyöriilee, hyppää narua jne. Askartelu on usein mieluista, ja lapsi osaa jo leikata saksilla ympyrän, pujotella sujuvasti helmiä ja jäljentää kolmion. Kätsyys on vakiintunut, ja kynäote on aikuismainen kolmisormiote. Ihmispiirroksessa on useita yksityiskohtia. Lapsi löytää kuvista pieniä yksityiskohtia, vertaa ja lajittelee esineitä niiden ominaisuuksien mukaan ja rakentaa mallin mukaisia kokonaisuuksia palikoista. Lapsi ymmärtää kysymyslauseita, käyttää aikamuotoja, kykenee toistamaan lyhyitä rytmisarjoja ja lauseita ja ymmärtää peruskäsitteitä. R:n, S:n tai D:n puuttuminen on hyvin tavallista. Jos jokin muu äänne puuttuu tai on virheellinen, ohjataan lapsi puheterapeutille. Jos suvussa on luki- tai oppimishäiriöitä, puheen ja/tai kielen kehityksessään viivästynyt lapsi pitäisi ohjata puheterapeutille viimeistään 5-vuotiaana. Tärkeämpää kuin pienet äännevirheet on, että puhe on muuten sujuvaa ja kielelliset taidot ovat muuten iänmukaisia. Viisivuotias pystyy yleensä selviämään ristiriitatilanteista ilman äärimmäisiä tunteenpurkauksia. Hän on sosiaalinen ja viihtyy niin leikkitooverien kuin aikuistenkin seurassa. Lapsi kykenee oppimaan sopimusten tekemistä ja arvioimaan omaa käyttäytymistään. Leikkitooverien kanssa leikit suunnitellaan yhdessä, tehtävät jaetaan ja osataan jo joustaa. Mielikuvitus- ja roolileikit ovat mieluisia. Yökastelu on vielä tavallista, mistä huolimatta asiasta kannattaa jo keskustella lääkärin vastaanotolla.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa (soveltaen). Lisäksi:

- vanhempien käsitys lapsen keskittymiskyvystä, omatoimisuudesta ja leikkitaidoista toisten lasten kanssa
- vanhempien käsitys lapsen tunne-elämästä, peloista, arkuudesta ja aggressiivisuudesta
- mieluisten leikkien ja liikuntamuotojen toteaminen
- kasteleeko lapsi
- lapsen mukanaolo kodin askareissa
- lapsen hoitojärjestelyt, yhteistyö päivähoidon kanssa

Terveysneuvonta ks. 10.9 (soveltaen). Lisäksi otetaan esiin:

- viisivuotiaan kehitysvaihe
- klassiset sadut ja niiden merkitys (empatiakyvyn kehittyminen, oikean ja väärän sekä hyvän ja pahan erottaminen jne.)
- D-vitamiinilisä (loka-maaliskuussa); lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö
- television ja videoiden katselun rajoittaminen ja mahdolliseen tietokoneeseen suhtautuminen (ks. luku 14.7 Lapset ja tietotekniikka)

Viisivuotiaan lapsen *kasvun ja kehityksen arviointimenetelmistä ja seulontakriteereistä* tulee sopia yhdessä alueen erityistyöntekijöiden (ensisijassa psykologin, puheterapeutin, fysioterapeutin ja mahdollisen toimintaterapeutin) kanssa. Menetelmästä riippumatta kaikki kehityksen osa-alueet tulee kattaa jollakin tavoin. Näiden taitojen arviointiin on tarjolla LENE-testi (Valtonen & Mustonen 2003). Myös Lumiukko-testi on osa LENE-testiä. (Ks. myös 11.3, Neurologisten ongelmien seulonnat)

Terveydenhoitajan (tai mahdollisesti osittain päivähoidon) vastuulla oleviksi osuuksiksi ehdotetaan seuraavien asioiden tutkimista lapsesta:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- karkea motoriikka (LENEn tämänhetkisen version mukaan; seulontakriteerijä saatetaan tarkistaa tutkimustulosten karttuessa): kantapää- ja varvaskävely, varpaila kävely viivaa pitkin 5 m, yhdellä jalalla seisominen (vähintään 10 sekuntia ilman merkittävää huojuntaa) ja yhdellä jalalla hyppiminen (pitäisi onnistua vähintään 10 kertaa rytmikkäästi). Hernepussin heiton ja kiinnioton tulisi onnistua 2 metrin päästä niin, että kädet ovat selvästi irti vartalosta.
- vuorovaikutustaidot, tarkkaavaisuus ja motivoituminen: lapsi pysyy keskittymään tehtäviin tutkimustilanteessa n. 25–30 minuutiksi yhtäjaksoisesti. Puheen tulee olla adekvaattia ja vuorovaikutuksen molemmat osapuolet huomioivaa, lapsi ei esimerkiksi puhu toisen päälle, kuuntelee mitä toinen sanoo, vastaa kysymyksiin.
- puheen ja kielen valmiudet tutkitaan standardoidulla testillä, esimerkiksi ns. Lumiukko-testillä. Arvioidaan kerronnan sujuvuutta,

loogisuutta ja ymmärrettävyyttä, kuullun ymmärtämistä (kysymyslauseet ja aikamuodot), puhemotoriikkaa, auditiivista sarjamuistia (sanasarjojen muistaminen), lausemuistia ja sanahahmoja, nimeämistä ja artikulaatiota, peruskäsitteiden ja toimintaohjeiden ymmärtämistä.

- visuaalinen hahmottaminen: lapsi pystyy rakentamaan annetun mallin mukaisesti 6 palikan rakennelman uudelleen
- silmän ja käden yhteistyö: jäljentää mallikuvioita (kolmion ja kolmio-neliö -yhdistelmän), leikkaa saksilla ympyrän, pujottaa 1 cm:n kokoisia helmiä muovilankaan normaalisti 5–6 helmeä minuutissa
- näön tutkiminen: kuten 3-v, jatkotutkimuksiin lähettämisen aiheet: ks. liite 17. Mikäli 5-vuotiaalla todetaan vaikea visuaalisen hahmottuksen häiriö, tulee lapsi lähettää myös silmälääkärin tutkimukseen.
- kuulo tutkitaan audiometrillä (seulonta), ellei kuuloa ole varmistettu 4-vuotiaana. Normaali kuulo on 20 dB 0,25–4 kHz
- (verenpaine)

Lääkäri tutustuu asiakirjoihin ja tutkimustuloksiin, haastattelee vanhemmat ja tutkii lapsen. Lääkärintutkimukseen voi soveltuessa kuulua osia edellä luetelluista tehtävistä, etenkin jos löydös on ollut poikkeava tai terveydenhoitaja on jäänyt löydöksistä epävarmaksi. Mikäli lapsella on jokin ajankohtainen terveysongelma (esim. kastelu), tähän luonnollisesti puututaan tavalliseen tapaan. Jokaiselta lapselta lääkärin tutkimukseen kuuluvat kuitenkin myös

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus ja kasvojen symmetria (ks. 10.12 Kolmevuotias lapsi neuvolassa)
- diadokokinesia (onnistuu samantahaisesti vähintään 5 kertaa ilman että olkavarsi liikkuu)
- sormi-nenänpääkoe (pitää onnistua ilman treemoria tai muita pakkoliikkeitä)
- iho, ryhti, sydänäänet, vatsa, reisivaltimopulssit, kivekset.
- (verenpaine, ellei sitä sovita terveydenhoitajan tehtäväksi 5- tai 6-vuotistutkimuksen yhteydessä)
- keskustelu lapsen kanssa: lapsen käsitys terveydestään, lapsen mielipiteiden kuuleminen

Monilta lapsilta kuuluu tässä iässä sydämen sivuääni, joka tavallisesti on fysiologinen. Löydös ja mahdollinen jatkotutkimusehdotus pitää aina kertoa vanhemmille.

Riippuu paikallisista sopimuksista, työnjaosta ja resursseista, miten suhtaudutaan sellaiseen lapseen, jonka puheessa on äännevirheitä, mutta jonka puhe muuten on sujuvaa ja kielelliset taidot iänmukaisia. Tutkimus-

tulosten perusteella lääkäri kokoaa johtopäätökset ja antaa palautteen lapselle ja vanhemmille. Vanhempien kanssa sovitaan palautteen antamisesta päivähoitoon. Mahdollisista jatkotutkimuksista tai tukitoimista sovitaan vanhempien kanssa. Menettelytavoista poikkeavien löydösten suhteen tulisi olla ennalta sovitut kirjalliset ohjeet.

10.15 Kuusivuotias lapsi neuvolassa

Esiopetuksen myötä kuusivuotiaan terveydenhuollon järjestelyt vaihtelevat kunnittain. Kuusivuotiaan tarkastuksen sisältö on kuitenkin sama toteutettiinpa se neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa. Silloin kun kuusivuotias tavataan vielä neuvolassa, kannattaa kouluterveydenhuollosta keskustella lapsen ja perheen kanssa. Samalla sovitaan tietojen siirtämisestä kouluterveydenhuoltoon, minkä tulisi tapahtua joustavasti raportoiden, mikäli kouluterveydenhuollossa on eri terveydenhoitaja kuin lastenneuvolassa. Kehytysseulontojen laajuudesta voidaan päättää paikallisesti (ks. 11.3).

Terveen kuusivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Kuusivuotiaan nopean kasvun vaihe on saattanut tehdä lapsen aiempaa kömpelömmäksi. Lapsi kykenee jo itse huolehtimaan pukeutumisesta ja riisumisesta, ja hän alkaa itsenäistyä. Toisaalta hän tarvitsee vielä paljon turvaa. Esimerkiksi liikenteessä liikkuminen yksin on vaarallista, koska lapsi ei havaintokyvyiltään ole vielä (moneen vuoteen) aikuisen veroinen. Ikätovereiden seura on mieluista ja myös tarpeellista. Näin lapsi oppii sosiaalisia taitoja kuten neuvottelemista, vuoron odottamista ja toisten huomioon ottamista. Myös perheen yhteiset harrastukset, liikunta, retkeily ja yhteiset lukuhetket ovat tärkeitä. Lähestyvän koulun alkua varten kannattaa harjoitella niin piirtämistä ja askartelemista kuin keskittymistä, kuuntelemista ja itsensä ilmaisemista sanoin.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ks. 10.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa ja 10.14. Viisivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi:

- 5-vuotistarkastuksessa esiin tulleiden huolten ja löydösten ajankohtainen tilanne, mahdollinen erityistuen tarve ja tukitoimien jatkuminen kouluiässä
- koulun aloittamiseen liittyvät kysymykset

Terveysneuvonta ks. 10.14 Viisivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi:

- kuusivuotiaan kehitysvaihe, erityisesti sosioemotionaalinen kehitys
- itseohjautuvuuden ja vastuullisuuden kehittymisen tukeminen
- ohjaus suun terveydenhuoltoon, jos lapsi ei vielä ole käynyt hammashoitolassa, lapsen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö

Kuusivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus ja kasvojen symmetria (ks. 10.12 Kolmevuotias lapsi neuvolassa)
- karkean motoriikan tehtävät onnistuvat useimmilta 6-vuotiailta: takaperin kävely merkkiteippiä pitkin (2–3 metrin matka korkeintaan 2 huojahduksella), yhdellä jalalla seisominen (vähintään 15 sekuntia) ja yhdellä jalalla hyppiminen (vähintään 15 kertaa rytmikkäästi ja joustavasti), kehon keskiviivan ylittäminen (ks. luku 11.3)
- tarkkaavaisuuden suuntaaminen, keskittyminen, vuorovaikutus
- puheen tuottaminen: kuvasta kertominen, normaali puhemotoriikka
- kuulomuisti (toistaa 4 substantiivia)
- puheen ymmärtäminen: ohjeiden noudattaminen, luokittelu ja yläkäsitteiden ymmärtäminen, ”miksi”-kysymysten ymmärtäminen, kymmenen palikan laskeminen
- lukemisen ja kirjoittamisen valmiudet: oman nimen kirjoittaminen, kirjainten tunteminen, alkuäänteen tunnistaminen
- visuaalinen hahmotus: kolmiulotteisen palikkarakennelman toistaminen (vaikeampi malli kuin 5-vuotiaana)
- silmän ja käden yhteistyö: mallikuviodien jäljentäminen ja saksilla leikkaaminen (edistyminen 5-vuotiaasta)
- verenpaine, ellei sitä ole mitattu 5-vuotiaana tai jos tulos oli tuolloin lähellä seulontarajoja.
- näkö tutkimukset ellei näköä ole tutkittu 5-vuotiaana tai jos herää epäily näön ongelmista. Normaali näöntarkkuus on 0.8 tai enemmän kummallakin silmällä erikseen ja molemmilla silmillä yhdessä eikä silmien välillä ole kahden rivin eroa. Stereonäkötesti (esim. TNO-tai Lang I -testi), ellei ole aiemmin varmistettu ja menetelmä on neuvolassa käytössä.
- kuulo tutkitaan audiometrillä (kynnysmittaus kaikilta). Normaali kuulo on 20 dB 0,25–4 kHz

On syytä kysyä uudelleen, onko lähisuvussa tullut esiin hyperkolesterolemiaa tai varhaisella iällä ilmenevää sepelvaltimotautia (ks. 11.2 Somaattiset seulonnat). Jos lapsi kuuluu ns. riskisukuun, häneltä on syytä viimeistään nyt ottaa verikoe kolesteroliarvojen tutkimista varten.

Äännevirheisiin liittyvien riskien vuoksi (ks. ed. luku) kannattaa ohjata puheterapeutille ainakin ne lapset, joilla syystä tai toisesta on kiusatuksi tulemisen tai vetäytymisen riski.

11

Sairauksien ja vammanaisuuden seulonnat

11

SAIRAUKSIEN JA VAMMAISUUDEN SEULONNAT

Seulonnan yleisperiaatteena tulee olla, että vain sellaisia asioita seulotaan, joiden toteamisesta on selvää hyötyä. Neuvolassa tulee olla selkeä ohjeistus siitä, miten positiivisten seulontatulosten kanssa toimitaan. Seulotuille järjestetään tarvittavat resurssit tutkimukseen ja hoitoon.

Edellä on kuvattu ikäryhmäkohtaisia seulontatapoja. Neuvola voi poiketa niistä perustelluista syistä. Esimerkiksi neurologista seulontaa on mahdollista toteuttaa monin tavoin. Apuna voidaan käyttää etukäteen kotiin lähetettäviä kyselylomakkeita, tai vanhemman voi pyytää täyttämään lomakkeen odottaessaan. Jos osa seulonnoista siirretään päivähoitossa tehtäväksi, on muistettava, että seulontatulosten tulkinta ja diagnoosin tekeminen on terveydenhuollon, viime kädessä lääkärin tehtävä (ks. myös luku 3.6.2).

Neurolan vastuulääkärillä on ensisijainen vastuu siitä, mitä seulontoja neuvolassa toteutetaan, koska hänen vastuullaan on myös oikea-aikainen erikoissairaanhoidon lähettäminen. Seulontatavoista on sovittava yhteisesti. Jokaisessa neuvolassa sovitaan terveydenhoitajan ja lääkärin työnjaosta. Terveydenhoitajan ja lääkärin saumaton yhteistyö ja selkeä työnjako takaavat, että kaikki tarpeellinen tulee tehdyksi. Lääkärillä on vastuu myös terveydenhoitajan tekemien tutkimusten tulkinnasta.

Terveiden lasten seulonta on vaikeaa, koska normaalin variaatio on laaja ja on otettava huomioon kokonaiskehityslinjat. Yksittäinen poikkeavuus on harvoin merkittävä. Tutkijan voi olla vaikea uskoa tulokseen silloin, kun se on poikkeava. Jokainen poikkeava tulos pitäisi aina kuitenkin kontrolloida. Selvää, tarvittaessa toistetuin tutkimuksin todettua poikkeavuutta ei milloinkaan saisi jättää ilman jatkoselvityksiä.

Tästä suosituksesta poikkeavat käytännöt perusteluineen kannattaa selkeästi kirjata, jotta esimerkiksi uudet työntekijät osaisivat toimia asianmukaisesti.

Jokaisella seulojalla pitää olla testien merkityksestä käsitys, jonka voi ymmärrettävästi kertoa asiakasperheille. Seulontatestien tarkoituksena ei ole normittaa ihmisiä samaan muottiin, vaan seuloa esiin ongelmia, joita voidaan hoitaa tai ehkäistä niistä johtuvia seurannaisongelmia. Tärkein seulontamenetelmä on vanhempien paneutuva kuunteleminen. Vanhempien huolet on syytä aina ottaa vakavasti.

11.1 Psyykkisten ongelmien seulonnat

Alle kouluikäisten psyykkiset häiriöt ovat yleensä lapsen säätelykykyyn, vuorovaikutukseen ja/tai kokonaistilanteeseen liittyviä kehityksellisiä

häiriöitä. Häiriötilanteissa on tavallista, että psyykkiseen häiriöön liittyy sekä vuorovaikutuksellisia että neurologisia kehityksen ongelmia. Psykkisten häiriöiden erottelu muun kehityksen häiriöistä olisi keinotekoista. Yksittäisten psykiatriseen diagnoosiluokitukseen perustuvien häiriöiden seulomista ei suositella tässä ikäryhmässä. Tutkimuskäytössä on useita pienille lapsille soveltuvia varhaisen vuorovaikutuksen, säätelyn sekä lapsen käytöksen ja tunne-elämän häiriöiden seuloja, mutta toistaiseksi tutkimustieto näiden käytöstä perusterveydenhuollossa on riittämätöntä laajamittaista seulontaa ajatellen.

Seulonnasta mahdollisesti saatava hyöty riippuu paljon siitä, miten seuloja käytetään. Kliinisessä työssä kyselylomakkeet voivat olla hyödyllisiä häiriöiden varhaisen havaitsemisen, dokumentaation ja yleisemminkin ”puheeksi ottamisen” välineinä. Pääsääntöisesti vanhemmat ja lapset ovat kokeneet myönteisenä sen, että työntekijät kysyvät ja keskustelevat myös vuorovaikutukseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvistä asioista.

Psyykkisiä häiriöitä, joiden varhaisemmasta havaitsemisesta on asiantuntijoiden mukaan todennäköisesti hyötyä, ovat

- 1) Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt (0–2-vuotiailla)
- 2) Itsesäätelyn ja tarkkaavuuden häiriöt sekä käytöshäiriöt (5–6-vuotiailla) erityisesti muihin riskitekijöihin (mm. vuorovaikutuksen tai vanhemmuuden ongelmiin) liittyneinä
- 3) Laaja-alaiset kehityshäiriöt ja muut neuropsykiatriset häiriöt (0–6-vuotiailla).

Näiden häiriöiden varhainen havaitseminen edellyttää neuvolassa työskentelevien asiantuntemusta ja yhteistyötä. Häiriöiden tunnistamista voidaan tehostaa asianmukaisen koulutuksen ja työnohjauksen avulla. Kotikäynnit voivat olla neuvolakäyntiä parempi keino saada tietoa perheiden ja lasten monimuotoisista ja vaihtelevista tilanteista.

Lapsen ja vanhemman välisen varhaisen vuorovaikutuksen häiriön tunnistaminen. Lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta arvioidaan sitä mitä tapahtuu (käyttäytymisen taso), miltä vuorovaikutus tuntuu (tunteen eli affektiivinen taso) ja miten osapuolet vuorovaikutuksen ymmärtävät (psykologinen taso). Käyttäytymisen tasolla vuorovaikutushäiriö voi näkyä lapsessa:

- katsekontaktin vähenemisenä tai puuttumisena (ei hae vanhemman katsetta tai välttää sitä)
- vuorovaikutussäätelyn tai puheen vähenemisenä tai puuttumisena (vaikertaa, itkee tai on hiljaa, ei jokella vasteeksi vanhemman puheeseen)
- yleisen aktiivisuuden ja vasteen vähenemisenä tai puuttumisena (liikkeet vaimeat ja niukat, vaste esim. kipuun tulee viiveellä tai on hyvin vaimea)

Häiriintyneessä vuorovaikutuksessa tunnesävy voi olla niukasti myönteisiä tunteita sisältävä, hämmentävä, kylmä tai vihamielinen (esim. vanhempi käsittelee lasta mekaanisesti, tai puhuu lapsesta väliin myön-

teisesti, väliin erittäin kielteisesti tai tunneilmaisut ovat vihamielisiä). Psykologisella tasolla vuorovaikutushäiriö voi vauvassa näkyä hämmennyneenä tai torjuvana reaktiona vanhemman toimintaan (esim. vauva tulee pelokkaan tai surullisen näköiseksi vanhemman yrittäessä saada lasta hymyilemään). Vanhempi voi puolestaan antaa lapsen ominaisuuksille tai toiminnalle todellisuutta vastaamattomia merkityksiä (esim. vauvan tullessa kylläiseksi vanhempi ei sitä havaitse vaan kokee, että vauva ei syö, koska on tottelematon).

Itsesäätelykyvyn ja tarkkaavuuden häiriö sekä käytöshäiriö. Lapsen kyky säädellä omia tunteitaan ja toimintaansa kehittyy asteittain lapsuuden aikana toistuvissa vuorovaikutustilanteissa. Vanhemman toiminta lapsen ilon jakajana, lohduttajana ja rajoittajana opettaa lasta hallitsemaan kielteisiä tunteita kuten surua, kiukkua ja pettymystä. Se opettaa myös jakamaan myötätuntoa ja iloa sekä hallitsemaan ja suuntaamaan omaa toimintaa ja tarkkaavuutta kussakin tilanteessa sen vaatimalla tavalla. Hallinnan oppimisen vaatima aika riippuu lapsen yksilöllisistä ominaisuuksista (ks. temperamentti) ja vanhempien toiminnasta.

Itsesäätelykyvyn häiriö näkyy lapsessa puutteena hallita omia tunnetilojaan ja reaktioitaan ikätasoisesti (esim. 4-vuotias alkaa huutaa ja raivota pienestäkin pettymyksestä, tai 5-vuotias ei kestä odottamista).

Tarkkaavuuden häiriö tarkoittaa lapsen kyvyttömyyttä keskittyä joko mieluisaan tai ponnistusta vaativaan tehtävään ikätasoisesti (esim. 4-vuotias ei jaksa seurata 5 minuuttia kestävästä luettua kertomusta tai 5-vuotias 10 minuuttia). Tarkkaavuuden häiriöllä on yleensä neurologinen tausta (esim. Sandberg 1999).

Käytöshäiriö voi näkyä siten, että lapsi toiminnassaan rikkoo toistuvasti hänelle asetettuja rajoja, uhmaa aikuisia toistuvasti ja käyttäytyy ikätasoon nähden väkivaltaisesti eikä kykene ajattelemaan lainkaan tekojensa seurauksia (esim. yli 3-vuotias lapsi lyö aina suuttuessaan tai puree muita, jättää noudattamatta selkeitä kieltoja, puhuu vihaisesti ja kirosanoja käyttäen). Vanhempien toiminnassa riittämätön lapsen toiminnan ohjaus ja säätely sekä lapsen tunteiden heikko ymmärtäminen ja siittäminen voivat johtaa häiriöiden kehittymiseen. Riittämätön vanhempien lapsen toimintaan kohdistuva säätely näkyy usein lapsen arkirutiinien puuttumisena, lapselle asetettujen rajojen ja kieltojen horjumisena tai välinpitämättömyytenä lapsen toimintaa kohtaan. Lapsensa toiminnan hankalina kokevat vanhemmat ajautuvat helposti myös lapsen ruumiilliseen rankaisuun ja pahoinpitelyyn kokiessaan olevansa keinottomia ja väsyneitä lapsen kanssa syntyviin jatkuviin riitatilanteisiin.

Laaja-alaiset kehityshäiriöt ja muut neuropsykiatriset häiriöt. Lapsilla voi olla myös laaja-alaisia kehityshäiriöitä, joihin kuuluu esimerkiksi autismi ja Asperger-syndrooma (viimemainitussa ei yleensä esiinny kielen kehityshäiriöitä eikä kognitiivisen kehityksen viivästymää). Tällöin vanhemmat kokevat lapsen kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen erilaiseksi tai poikkeavaksi. Pienellä lapsella kiinnostus hakea aikuisen katsetta on

alentunut, ja leikki-ikässä lapsi voi olla kiinnostuneempi esineistä kuin ihmisistä. Vanhemmat voivat olla huolissaan siitä, ettei lapsi viihdy sylissä, tai että lapsi ei kuule, tai ei vastaa kun häntä kutsutaan nimellä. Usein epäily laaja-alaisesta häiriöstä syntyy lasten jouduttua ensimmäistä kertaa kosketuksiin ikäisryhmänsä kanssa päiväkodissa ja koulussa. Siellä näiden lasten sosiaalinen taidottomuus saattaa herättää huomiota. Lapset voidaan kuvata omaehtoisiksi, jollakin tapaa oudoiksi, he ovat ehkä kyvyttömiä odottamaan vuoroaan, toimimaan ryhmässä tai ottamaan vastaan ohjeita. Heidän leikkinsä ovat usein esineiden järjestämistä tai niiden mekaanista käsittelyä, esimerkiksi pyörittämistä. Heillä voi olla myös erilaisia rutiineita ja pakkotoimintoja.

Leikki-ikäisen kohdalla lisäselvittelyt ovat tarpeen, jos (suluissa mahdollinen ongelma)

- ikätason edellyttämässä taidoissa on suuria puutteita (kehitysviivästymät, erityisvaikeudet)
- lapsi ei hae kontaktia muihin ihmisiin tai hänellä on omia, poikkeavia tapoja (laaja-alainen kehityshäiriö, esimerkiksi autismi, tarkkaavaisuuden ongelmat, sosiaalisen kehityksen ongelmat)
- lapsi on hyvin levoton tai aggressiivinen (tarkkaavaisuushäiriö, käytöshäiriö)
- lapsi on itkuinen, alakuloinen, yksinäinen tai apaattinen (depressiiviset ongelmat)
- lapsella on paljon häntä rajoittavia pelkoja (ahdistuneisuus)
- lapsi ei kykene olemaan erossa vanhemmistaan edes lyhyttä aikaa (eroahdistushäiriö)
- vanhemmat tuovat esiin kyvyttömyyttään vanhempina tai herää epäily lapsen laiminlyönnistä tai väkivaltaisesta kurittamisesta (lastensuojelun tarve)
- lapsi ei tunne myötätuntoa muita lapsia tai aikuisia kohtaan tai on julma esim. eläimiä kohtaan (sosiaalisen kehityksen häiriö)

Selvittelyn voi aloittaa neuvolassa ja tilanteen vaikeuden mukaan ohjata lapsi perheineen perheneuvolaan, erikoissairaanhoidon palveluihin (lastenpsykiatria, lastenneurologia, foniatria) tai lastensuojelun asiakkaiksi.

Jos neuvolatapaamisessa tulee esiin sellaista, mihin ei ole sovittua jatkomenettelytapaa, terveydenhoitajan on syytä konsultoida neuvolalääkärinä tai tiimiään. Neuvolatyöryhmä ja perhe tekevät yhdessä jatkosuunnitelman (esimerkiksi sopimuksen psykologisiin tutkimuksiin menemisestä). Interventioiden tulisi tapahtua mieluiten lähellä perhettä. Perhetyöntekijän kotikäynnit voivat olla tärkeä osa perheen tukemista muun tutkimuksen ja hoidon lisäksi. Perhetyöntekijä toimii yhteistyössä perheneuvolan, päivähoidon ja sosiaalitoimen kanssa.

SUOSITUS:

Lastenneuvolassa ja perhepalveluverkostossa on sovittu työnjaosta ja menettelytavoista psyykkisten ja neuropsykiatristen ongelmien jatkoselvitysten ja tukitoimenpiteiden osalta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Kumpulainen K & Kempainen K. Lapsen psyykkisen häiriintyneisyyden tunnistaminen perusterveydenhuollossa. 2000. Suomen Lääkärilehti 55(11), 1233-36.
- Linna S-L. 2004. Autismi. Lääkärin käsikirja. 31.3.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- Nieminen T, Kulomäki T, Ulander R & Von Wendt L. 2000. Aspergerin oireyhtymä. Suomen Lääkärilehti 55(9), 967-972.
- Puura, K. 2003. Lapsen psyykkisen kehityksen seuraaminen neuvolan ikäkausitarkastuksissa. Lääkärin käsikirja 13.5.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- Osoitteesta www.ppsph.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekemiä hoito-ohjelmia hyvin monista sairauksista. Hoito-ohjelma mm. alle kouluikäisestä psyykkisesti oireilevasta lapsesta. (Päivitetty 14.8.2004)

11.2 Somaattiset seulonnat

Kasvun seuranta heijastaa lapsen ravinnon saantia ja paljastaa tiloja, jotka kuluttavat liikaa kasvuun vaadittavaa energiaa (Saha 1997). Mm. hypotyreoosi, keliakia ja muut suolistosairaudet sekä luuston ja ruston kehityshäiriöt voivat ilmetä ainoastaan pituuskasvun hidastumisena tai hitautena. Se voi tuoda esille myös perheen vuorovaikutusongelmia, taloudellisia ja mielenterveyden pulmia. Kasvun seuraamisen laiminlyönti voi merkitä diagnostiikan viivästymistä, josta seuraa tarpeettomasti kärsimyksiä, komplikaatioita ja sairaanhoidon palvelujen tarvetta. Jos kasvu tai painon kehitys toistetussa mittauksessa täyttää kasvukäyrästössä ilmaistavat seulontakriteerit, ohjataan lapsi neuvolalääkärin ja harkinnan mukaan erikoissairanhoidon tutkimuksiin. Pituus ja paino mitataan jokaisella neuvolakäynnillä. Suomen Lastenlääkäriyhdistys suosittelee mittauksia puolen vuoden ikään asti kuukausittain, toisella vuosipuoliskolla 3 kk:n välein, toisella ikävuodella 6 kk:n välein ja 2 vuoden iästä alkaen kerran vuodessa. Lisämittauksia tehdään arvioidun tarpeen mukaan. Kasvun seulosäännöt on esitetty kasvukäyrästölmakkeessa sekä internet-osoitteessa www.lastenendo.sci.fi. Kaupallisesti on tarjolla näitä sääntöjä tarkempaa seulontaa toteuttava ja käyrät piirtävä pöytätietokoneohjelma.

SUOSITUS:

Lasten kasvun arvioinnissa noudatetaan kasvukäyrästössä esitettyjä seulontakriteereitä ja kasvukäyrät ovat käytettävissä kaikilla ei-päivystysluonteisilla perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotoilla.

Lihavuus on keskeinen myöhempää terveyttä vaarantava riskitekijä. Lihomiseen tulee puuttua, jos pituuspaino (aik. suhteellinen paino) on jatkuvasti lisääntymässä, se on yli 30 % tai on lisääntynyt yli 10 prosenttiyksikköä vuodessa. Ks. luvut 13 Ravitsemus ja 15.7 Lapsen ylipaino. Lihavuuden hoito kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoon.

Vakavimmat sydänviiat tulee tunnistaa alle vuoden iässä. Useimmat sydämen sivuäänit tulevat esiin vasta runsaan kuukauden iässä keuhkoverenpaineen laskiessa. Syanoosi ja sydämen vajaatoiminta voivat tulla esiin jo aiemmin. Aortan koarktaatio voi imeväisellä hoitamattomana johtaa kuolemaan. Isommalla lapsella se johtaa vasemman kammion hypertrofiaan ja dilatoivaa kardiomyopatiaa muistuttavaan tilanteeseen. ASD (eteisväliseinäaukko) tulee tavallisesti esiin vasta leikki-iässä, mistä syystä tarvitaan lääkärin tutkimus myös tällöin.

Oireettomaltakin lapselta, jolta kuuluu sivuääni, tulee reisivaltimopulsien tunnustelun lisäksi mitata verenpaine jokaisesta neljästä raajasta. Normaalitilanteessa systolinen verenpaine on alaraajasta mitattuna aina vähintään samaa tasoa kuin yläraajasta mitattuna. Jos alaraajapaine on keskiarvona yli 5 mmHg matalampi kuin korkeampi yläraajapaineista, on lähete jatkotutkimuksiin aiheellinen (Kunnamo 2004).

Yleissääntönä on, että lasta ei tarvitse lähettää jatkotutkimuksiin, jos lapsi on oireeton, verenpainetasot ovat normaalit, alaraajojen verenpaineet ovat korkeammat kuin yläraajoista mitatut paineet, toisen sydänäänien jakaumat ja korostukset ovat normaalit, ja sivuääni kuuluu vain keski- tai alkusystoleessa ja on voimakkuudeltaan korkeintaan 3/6 astetta. Epävarmoissa tilanteissa kannattaa pyytää EKG-tutkimus ja ottaa thorax-röntgenkuva. Jos esim. reisivaltimopulsseja ei löydy, kuuluu diastolinen ääni tai verenpaineiden mittaaminen ei onnistu, lapsi pitää lähettää jatkotutkimuksiin.

Sydäimestä kuultavien sivuäänien tutkimisen alueellisesta hoitoketjusta tulee sopia, mieluiten kirjallisesti, kuten joillakin paikkakunnilla on jo tehty.

Korkea verenpaine on lapsella aina vakava oire: se on lapsella aina sekundaarista ja munuaisvian, aortan koarktaation tai endokrinologisen häiriön merkki. Se saattaa olla myös ainoa, helposti seulottavissa oleva oire näistä vioista. Ei ole olemassa tutkittua tietoa siitä, milloin verenpaine olisi kustannustehokkainta mitata. Käytännössä mittaus on paras tehdä iässä, jossa lapsi on ko-operatiivinen. Mansetin tulee olla leveydeltään oikea lapsen kokoon nähden. Seulontarajat ovat: alle 1-vuotiaalla 110/65, 1–5-vuotiaalla 115/75, 6–10-vuotiaalla 125/85 (Jokinen 2004).

SUOSITUS:

Sydäntutkimusten työnjaosta sovitaan neuvolan ja alueen erikoissairaanhoidon kesken.

Seerumin kolesterolipitoisuus suositellaan tutkittavaksi kahden vuoden iässä niiltä lapsilta, joiden suvussa on familiaalista hyperkolesterolemiaa, tai jos sepelvaltimotauti on tullut ilmi isällä tai isoisällä alle 55-vuotiaana tai äidillä tai isoäidillä alle 65-vuotiaana. Suvussa esiintyvän hyperlipidemian rajat ks. Lääkärin käsikirja.

Normaalin raja-arvona pidetään lapsen kokonaiskolesterolipitoisuutta alle 5.5 mmol/l ja LDL-pitoisuutta alle 4.0 mmol/l. Jos kolesterolipitoisuus on suurentunut, perhe tarvitsee ruokavalio-ohjausta. Jos 6–12 kk:n seurannan aikana kolesteroli ei laske normaalitasolle (tai lähtötaso on hyvin korkea, kol yli 7.0 mmol/l/ LDL –kol yli 5.5 mmol/l), lapsi on syytä lähettää erikoissairaanhoidon. (Salo 2003.)

Kivesten laskeutuneisuus pitää tarkastaa pojalta aina, kun tehdään lääkärin tutkimus. Nykysuosituksen mukaan laskeutumaton kives tulee hoitaa ennen kahden vuoden ikää, jotta piilokiveksisyyteen liittyvät spermatogeneesin häiriöt voitaisiin minimoida (Dunkel 2000). Poika, jonka toinen kives on laskeutumaton, ohjataan jatkotutkimuksiin 10–12 kk:n ikään mennessä. Myöhemmin on syytä muistaa sekundaarisen retention mahdollisuus.

Synnynnäinen *lonkkaluksaatio* on yleisin merkittävä kongenitaalinen epämuodostuma. Jos mukaan lasketaan ns. luksoitavissa olevat lonkat, tämä vika todetaan lähes yhdellä prosentilla vastasyntyneistä. Pyrkimyksenä tulee olla diagnoosiin pääsy heti vastasyntyneenä, jolloin hoito on helppo ja sen tuloksena saadaan normaali lonkka (Louhimo ym. 2000). Lonkkien tutkiminen tulee kuulua lääkärin rutiiniin kaikissa tarkastuksissa siihen ikään asti, kun lapsi on oppinut varaamaan.

Erilaisia synnynnäisiä malformaatioita ja deformaatioita on lukuisia. Inspektio, auskultaatio ja palpaatio ovat hyvin keskeisiä tutkimusmenetelmiä. Diagnoosin tekeminen vaatii paljon kokemusta normaalivariaatioista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Lääkärin käsikirja. *Kirjassa, CD:llä ja maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi julkaistussa kokoelmassa on lukuisia artikkeleita, mm: Lapsen kasvu ja sen häiriöt (artikkeli sisältää myös kasvun seulasäännöt); Lapsen verenpaine; Ruokailiherkkyys ja -allergia, Lehmänmaitoallergia; Miten ruokiin liitettyjä oireita selvitetään?; Lapsen hyperkolesterolemian diagnostiikka ja hoito; Sydämen kuuntelu ja verenpaineen mittaus lastenneuvolassa.*

Useat sairaanhoitopiirit ovat julkaisseet alueellisia hoito-ohjelmia, *esimerkiksi Kasvun häiriöt (EPSHP, päivitetty 15.3.01), Lasten lihavuus (HUS-Hyvinkää, päivitetty 24.2.2004), Lapsella sivuääni sydämessä (EPSHP, päivitetty 10.6.02), Lasten astma (lukuisia). Luettavissa myös Terveysportin kautta. Osoitteesta www.ppsHP.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekemiä hoito-ohjelmia.*

Lasten lihavuuden hoidosta ilmestyy lähiaikoina Käypä Hoito -suositus (www.duodecim.fi/kh).

www.lastenendo.sci.fi sisältää *Lastenendokrinologian käsikirjan, jossa on mm. kasvun seulasäännöt ja menettelytapaohjeet erilaisia endokrinologisia häiriöitä epäiltäessä. Myös potilasohjeita.*

- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H. ym. 2004. Lapsi perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Lario R. 2004. Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Lääkärin käsikirja 24.2. 2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)
- Louhimo I, Peltonen J, Rintala R (toim.) 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. Kandidaat-tikustannus. 2. uusittu painos. *Helppolukuinen perusterveydenhuoltoa varten tehty pieni kirja. Kattaa koko lastenkirurgian alan elektiivistä sydänkirurgiaa lukuun ottamatta. Hoidon yksityiskohdista kerrotaan vain kaikkein tavallisim-pien vaivojen kohdalla.*
- Petäjä J & Siimes MA (toim.) Lastentaudit. 2004. 3. täysin uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. *Kirjan tiedot sopivat hyvin myös peruster-veydenhuoltoon. Siinä on tietoa mm. normaalista kasvusta ja kehityksestä, ravitsemuksesta ja tavallisimmista taudeista.*
- Ryöppy S. 1997. Lasten ortopedia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. *Ensimmäinen suomenkielinen kokonaisesitys lastenortopediasta traumaaja lukuunottamatta. Sisältää tietoa mm kasvuikäisten ortopedisista poikkeavuuksista elinjärjestel-mittäin, yleisistä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmista sekä lasten reumasta, infektioista ja luukasvaimista.*
- Välimäki M, Sane T, Dunkel L (toim). 2000. Endokrinologia. Kustannus Oy Duode-cim, Helsinki.
- Kasvukäyräohjelmaa voi tilata (maksullinen) osoitteesta Tilator Oy, Sydänmaantie 178, 27800 Säskylä tai tilator@netti.fi.

11.3 Neurologisten ongelmien seulonnat

Ikäkausittaisten neurologisten seulontojen pohjaksi on tässä oppaassa otettu lastenneurologian ylilääkäri Kirsi Mustosen kehittämä vauvan neurologisen arvioinnin ja ohjannan menetelmä VANE (Mustonen 1999) ja hänen työryhmänsä kehittämä leikki-ikäisen lapsen neurologinen arviointimenetelmä LENE (Valtonen & Mustonen 2003). LENE-menetelmään sisältyvät näkö- ja kuulohavainnon, karkeamotoriikan, vuorovaikutuksen, tarkkaavaisuuden, puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen ja käsitteiden, kuullun hahmottamisen, silmä-käsi -yhteistyön, leikin ja omatoimisuuden, visuaalisen hahmottamisen ja lukivalmiuksien ikäkausittaista arviointia ohjeistavat tehtäväryhmät. Lisäksi Lumiukko-testiä käytetään 5-vuotiaiden kielenkehityksen arvioinnissa. Muitakin seulontamenetelmiä voidaan käyttää, jos ne sopivat paikalliseen tilanteeseen paremmin. Olennaista on, että lapsen kehitystä tukevat toimenpiteet aloitetaan heti, kun oireita ilmenee.

LENE on neuvoloiden käyttöön tarkoitettu lapsen kehityksen osa-alueet laajasti huomioiva arviointimenetelmä 2.5-, 3-, 4-, 5- ja 6-vuotiaille. LENEn arviointiasteikko tutkittavilla kehityksen alueilla on 3-portainen eli normaali kehitys (0), lievä viive (1) ja selvä viive (2). Tämä helpottaa kehityksen ongelmien vakavuuden erottelua, rohkaisee pulmien puheeksi ottamista vanhempien kanssa ja lievempiinkin ongelmiin puuttumista ennaltaehkäisevässä mielessä jo varhaisessa vaiheessa. LENEä on kehitetty ja tutkittu

vuodesta 1995. Tehdyssä yli 400 lapsen seurantatutkimuksessa LENEn voidaan todeta ennustavan hyvin normaalikehitystä 4–5 ikävuoden välillä. LENE-arviossa 4-vuotiaana täysin normaalisti suoriutuneista kehitys jatkui normaalina 5-vuotiaana 9:llä lapsella 10:stä. LENEssä 4-vuotiaana selkeiden ja laajempien ongelmien ryhmään seuloutuneista n. 2/3:lla ongelmat jatkuivat 5-vuotiaana vähintään samanasteisina ja 1/3:lla lievenivät vuoden seurannassa. (Valtonen ym. 2004.) Sosioemotionaalisen kehityksen arviointia ei LENEn sisälly muuten kuin tutkimustilanteen käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen osalta, joten tältä osin tarvitaan muita menetelmiä.

Kertyvän tutkimustiedon pohjalta LENE-menetelmää muokataan ja kehitetään ja sen seulontarajat joillakin kehityksen osa-alueilla tulevat todennäköisesti muuttumaan väljemmiksi. Mikäli LENE-menetelmä otetaan kunnassa käyttöön, tulisi siihen saada systemaattinen koulutus. Perhepalveluverkoston ja erikoissairaanhoidon tulisi yhdessä sopia siitä, miten LENEn seulontakriteereitä sovelletaan. Mikäli lisätutkimuksia tarvitaan, kannattaa ne yleisimmin aloittaa oman perhepalveluverkoston psykologin, puhe- tai fysioterapeutin tutkimuksista. Lapsen neurologista kehitystä arvioitaessa on tärkeää huomioida kokonaiskehitys, yksittäiset lievät viiveet eivät vaadi puuttumista.

Jokaisessa iässä ei ole tarpeen tehdä yhtä yksityiskohtaista tarkastusta, vaikka tässä ohjeessa onkin 3-, 4-, 5- ja 6-vuotiaiden kehityksellinen seulonta siten esitetty. Siitä, minkä ikäkauden kehityksellisiin seulontoihin keskitytään, riippuu paikallisista olosuhteista. Perusteellinen neurologisen kehityksen arvio on useimmissa neuvoloissa totuttu tekemään 5-vuotistarkastuksen yhteydessä. Mahdollisesti tarvittavien lisätutkimusten ja tukitoimien riittävän varhaisen käynnistämisen mahdollistamiseksi monilla paikkakunnilla on alettu tehostaa 4-vuotiaiden kehitysseurantaa. Erityisesti jos lähisuvussa (mukaan lukien isovanhemmat ja heidän jälkeläisensä) tiedetään esiintyvän luki-, oppimis- tai keskittymisvaikeuksia, kannattaa tarkempia neurologisia kehitysseulontoja tehdä myös ennen viiden vuoden ikää.

Niilo Mäki Instituutissa on suunnitteilla vanhemmille suunnattu kyselylomake, jonka avulla kartoitetaan lukemaan oppimisen taustalla olevia kielellisiä valmiuksia esim. ennen 5-vuotistarkastusta.

Päännympäryksen kasvua tulee seurata, kunnes kallon saumat ovat pysyvästi luutuneet. Se tapahtuu 12 vuoden ikään mennessä. Niin kauan kuin saumat ovat täysin erillään (6–20 kuukauden ikään), voi kiihtyvästi kasvava päännympäryys olla ainoa merkki aivopaineen kohoamisesta. Käytännön neuvolatyössä tavallisimmat vastaan tulevat tautitilat ovat hydrokefalia ja mikrokefalia. Hydrokefalian insidenssi on 0,2–2,5/1000 elävänä syntyneitä. Hydrokefalia on syytä hoitaa kiireellisenä kirurgisesti, sillä muuten se voi johtaa pysyväan neurologiseen vammautumiseen ja jopa kuolemaan. Pienipäisyys (mikrokefalia) voi liittyä kallon saumojen ennenaikaiseen luutumiseen, mutta sen taustalla voi olla monenlaisia muitakin (perinnöllisiä, toksisia, endokrinologisia) syitä. Osa näistä on hoidettavissa siten,

että estetään neurologinen lisävammautuminen. Silloinkin kun varsinaista hoitoa ei ole, mahdollisimman aikainen taudin toteaminen antaa oikean diagnoosin, joka on tärkeä kuntoutustoimenpiteiden sekä perinnöllisyysneuvonnan suhteen. Pään saumojen ennenaikainen luutuminen edellyttää ajoissa tehtävää leikkausta, jotta aivojen kehitys etenee esteettä.

Kohtausoireista alkuvaiheessa vaikeimmin tunnistettavia ovat infantiilispasmit. Ne ovat tavallisimpia 4–7 kk iässä. Infantiilispasmia on syytä epäillä, jos lapsen valveillaollessa, varsinkin juuri herättyä, ilmenee sarja nopeita nykäyksiä. Lapsen pää nyökähtää eteen, ja yläraajat heilahtavat sivuille tai fleksoituvat kyynärnivelistä. Selinmakuulla jalat voivat heilahdtaa ylös. Kohtausten alkaessa kehitys usein pysähtyy tai taantuu. Nopea hoidonaloitus parantaa ennustetta.

Lapsen *karkean motoriikan* kehitys antaa kuvan lapsen yleisestä kehitystasosta. Sen viiveet tai lievät poikkeamat saattavat aiheutua psykososiaalisista tekijöistä, mutta voivat myös olla oireena esimerkiksi perinnöllisistä sairauksista, kehitysvammasta tai muutoin viivästyneestä kehityksestä tai myöhemmin oppimisongelmista. Normaali motorinen kehitys ei merkitse normaalia neurologista kehitystä, mutta selkeät viiveet tai poikkeamat voivat viitata aivoperäisiin tai neuromuskulaarisiin sairauksiin, joiden tausta voi olla moninainen. Normaalin liikunnallisen kehityksen pysähtyminen tai taantuminen voivat olla oireita keskushermostosairaudesta tai muusta elimistön sairaudesta. Syynä voivat olla monet lapsen yleistilaan vaikuttavat sairaudet, endokrinologiset sairaudet ja tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet yllämainittujen tekijöiden lisäksi.

Hienomotoriikkaa arvioimalla voidaan löytää mm. seuraavat kehitykselliset vaikeudet tai ongelmat:

1. yleinen kehitysviive/älyllinen kehitysvammaisuus (prevalenssi 10/1000)
2. CP-vammoista osa (CP-vammojen prevalenssi 2.5/1000)
3. lapsen taantuminen
4. aivojen hienotoimintahäiriöt (entinen MBD), joissa mukana motorisen koordinaation ongelmaa (hienotoimintahäiriöiden prevalenssi, joissa mukana attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, 70/1000 5–10-v:lla)
5. osa oppimisvaikeuksista (oppimisvaikeuksia kouluikäisistä 10–15 %:lla)

Näönvaraista ja avaruudellista eli visuo-spatiaalista hahmotusta arvioimalla voidaan löytää seuraavat kehitykselliset vaikeudet tai ongelmat:

1. yleinen kehitysviive/älyllinen kehitysvammaisuus
2. lapsen taantuminen
3. aivojen hienotoimintahäiriöt, joissa mukana hahmotuksen vaikeutta (n. 5 %:lla 5–10-vuotiaista)
4. kapea-alaiset spesifit hahmotusvaikeudet (2–3 %:lla kouluikäisistä)
5. osa lapsista, joilla on riski oppimisvaikeuksiin kouluikässä

Älyllinen kehitysvammaisuus johtaa viiveeseen hienomotoriikan kehitymisessä, kielellisissä toiminnoissa sekä hahmotus- tai havaintotoimintojen alueella. CP-diagnostiikkaan kuuluu niin hieno- ja karkeamotoriikan arvio sekä perusneurologinen status (varhaisheijasteet, lihasjänteisyys, jänneheijasteet, liikemallit). Taantumiseen johtavissa sairauksissa (esim. AGU ja muut lysosomaaliset kertymätaudit) puheen kehityksen viivästyminen ja käden taitojen heikkeneminen sekä havaintotoimintojen osalta lapsen kiinnostuksen väheneminen ympäristöön ovat ensimmäisiä oireita. Hienotoimintahäiriöissä oirekirjo on hyvin vaihteleva. Hienomotoriikan häiriö on usein liittynään muuhun motorisen koordinaation kömpelyyteen tai kypsymättömyyteen. Usein mukana on tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksia sekä eriasteisia hahmotuksen häiriöitä.

Vaikeimmissa muodoissa tarkkaavaisuusongelmat, hieno- ja karkeamotoriikan ongelmat sekä hahmotusongelmat esiintyvät yhdessä kielellisen kehityksen ongelmien kanssa. Kielellisiä puutteita voi liittyä myös lievempiin tarkkaavaisuushäiriöihin.

Lapsen *puheen ja kommunikoinnin* kehitys kytkeytyy lapsen ja hoitajan vuorovaikutukseen, lapsen kontaktikyvyn, tarkkaavuuden ja oman toiminnan ohjauksen kehitykseen (sisäinen puhe tarvitaan). Myös tunne-elämän säätelyn kehitys ja kaiken oppimisen edistyminen ovat sidoksissa puheen kehittymiseen. Pienen lapsen kommunikointikyvyn arviointi liittyy läheisesti kontaktikyvyn ja tunne-elämän arviointiin, ja samat tukitoimet vahvistavat näitä kaikkia. Eräs puheenkehityksen ja kielellisten oppimiskykyjen arvioinnin ja tukemisen tärkeimmistä vaiheista on esikielellinen vauvaikeä (katsekontakti, tahdon ilmaisu, tunnetilojen ilmaisu, elekkommunikointi, yksinkertaiset tavoitteelliset toiminnot esineillä). Tästä syystä 0–2-vuotiaan lapsen vuorovaikutus- ja kommunikointikykyä tulee seurata ja tukea jokaisella neuvolatapaamisella. Standardoitujen seulontamenetelmien käyttöä puoltaa, että ne arvioinnin ohella ohjaavat vanhempia ikäkauteen kuuluviin yhteispuuhiin lapsen kanssa (virikkeiden tarjonta) (esim. Lyytinen 1999). Jo ennen kuin varsinaista puhetta ja kielen kehitystä kyetään arvioimaan, tulee arvioida perheen riskit (geneettinen riski ja sosioemotionaaliset tekijät sekä perusturvallisuus) ja tutkia kuuloa (*kuulon normaalius on varmistettava kaikilta, joilla on todettu puheen tai kielen kehityksen viivästyminen*). Lisäksi seurataan ääntelyn kehittymistä ja esikielellistä vaihetta, varhaista puhetta ja sen ymmärtämistä, ja arvioidaan 1,5-vuotiaan kontaktikykyä (Lyytinen ym. 2000).

Kommunikointikyvyn puute voi aiheuttaa jo alle 2-vuotiaalla turhautuneisuutta ja sekundaariongelmia, kuten kontaktista vetäytymistä, psykosomaattisia oireita (esim. ummetus), uhmakkuutta ja käytöshäiriöitä sekä masennusta. Lievempien kielenhäiriöiden ja oppimisvaikeuksien seulonnan viivästyessä kuntoutuksen avulla tapahtuva lisäharjoittelu jää hyödyntämättä. Vanhempien varhainen informointi ja tukeminen helpottavat sopeutumista lapsen mahdollisiin oppimisvaikeuksiin.

Lapsen kommunikoinnin tai oppimisen vaikeuksien oireisto on paljon laaja-alaisempi ja syrjäytymisen riski suurempi, jos lapsen perheessä on psykososiaalisia riskitekijöitä. Tästä on sekä tutkimus- että kokemustietoa. Näissä perheissä tarvitaan erityistä tukea varhaisvaiheissa, myöhemmin on vanhempia vaikea saada mukaan kuntoutukseen. Jos perheen psykososiaalisten ongelmien riskilisää ei huomioida, viivästynyt puheenkehitys jää helposti vähemmälle huomiolle kuin muissa perheissä (perheen oman aktiviteetin puute ja toisaalta ”selitys” lapsen viiveelle). Näiden lasten lievätkin puheviiveet tulisi heti selvittää, jotta kielellistä vuorovaikutusta ja oppimista voidaan tukea.

Jos lapsella on äännevirheitä tai epäselvä puhe, kielijänteen pituus on syytä tarkistaa. Kielijänteen katkaisu onnistuu harvoin noin 0,5–4-vuotiaalta ilman nukutusta, joten mahdollinen lähete toimenpiteeseen kannattaa laatia esim. 4-vuotistarkastuksessa.

Autismin seulontatutkimuksia on kehitelty kansainvälisesti (esim. Baron-Cohen ym. 1992, Baird ym. 2000, Scambler ym. 2001), mutta toistaiseksi niiden käyttökelpoisuutta Suomen oloissa ei ole riittävästi selvitetty. Autismiin liittyviä käyttäytymisen ja kommunikaation piirteitä voidaan kuitenkin neuvolatarkastusten yhteydessä tarkkailla. Vastavuoroisen sosiaalisen kanssakäymisen, kommunikaation ja puheen kehittymättömyys sekä toimintakyvyn ja kiinnostuksen kohteiden rajoittuneisuus voivat olla merkkejä autismita. Varhainen toteaminen on tärkeää, jotta kuntoutus, hoito ja perheen tukeminen voidaan käynnistää varhaisessa vaiheessa. (Linna 2004.)

Lapsen neurologista kehitystä arvioitaessa on seulontojen ja niissä suoriutumisen ohella aina huomioitava kokonaisuus, johon kuuluu myös selviytyminen päivähoitossa ja kotona.

Uusi lääketieteellisten diagnoosien luokitusjärjestelmä ICD-10 sisältää perusteellista tietoa siihen kuuluvien sairauksien ja häiriöiden kriteereistä. Diagnoosin saaminen helpottaa hoidon ja kuntoutuksen järjestämistä sekä mahdollisten etuuksien saamista. Stakesin julkaisema ICD-10 on käytettävissä mm. osoitteessa www.terveysportti.fi.

SUOSITUS:

Neuvolan, alueen erityistyöntekijöiden, päivähoiton ja lastenneurologisen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään, mieluiten kirjallisena, sopimus leikki-ikäisten lasten kehitysseulontatavoista sekä työnjaosta jatkoselvitelyjen ja tukitoimenpiteiden osalta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Ahonen T, Siiskonen T & Aro T. (toim.) 2001. Sanat sekaisin? Kielelliset oppimisvaikeudet ja opetus kouluiässä. Opetus 2000. PS-kustannus, Jyväskylä.

Korpilahti P. 2002. Lumiukko, 5-vuotiaan puheseula. 2. uusittu painos. Invapaino, Helsinki.

Linna S-L. 2004. Autismi. Lääkäriin käsikirja. 31.3.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. (www.terveysportti.fi)

- Lyytinen P. 1999. Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus ja Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä. *Samalta laitokselta on myös vastaavantapainen julkaisu Varhainen leikki ja sen arviointi, 2000.*
- Mustonen K. 1999. Vauvan neurologinen arviointi- ja ohjantamenetelmä (Vane), käsikirja. Honkalampisäätiö, Joensuu.
- Mustonen K, Valtonen R, Ahonen T. 2000. LENE – leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä lastenneuvoloille. Suomen Lääkärilehti 55, 953-956.
- Siiskonen T, Aro T, Ahonen T & Ketonen R (toim.) 2003. Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa. Opetus 2000. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Sillanpää M, Herrgård E, Iivanainen M, Koivikko M, Rantala H. (toim.) 2004. Lastenneurologia. 2. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.
- Valtonen R, Mustonen K. 2003. LENE - Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä. Niilo Mäki Instituutti, Jyväskylä.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on tehnyt hoito-ohjelmia hyvin monista sairauksista, mm. lastenneurologisista tilanteista kuten lasten päänsärystä ja ADHD:sta. Osoite: www.ppshp.fi.
- Westerinen H. 2003. ADHD- ja MBD-oireyhtymät. Lääkärin käsikirja 11.8.2003. Kustannus Oy uodecim, Helsinki.

11.4 Kuulon ja näön seulonnat

Yhteenveto lastenneuvolan kuulon ja näön seulonnoista ks. liitteet 16 ja 17.

Kuulo

Kuulo on kommunikaation tärkein aisti. Lieväkin kuulovika vaikuttaa haitallisesti lapsen puheen ja kielen kehitykseen sekä myöhempään menestykseen opinnoissa ja työelämässä. Synnytyssairaalassa tapahtuva ensimmäinen kuulon seulonta on ensiarvoisen tärkeä. Matalaäänistä torvea ei tule käyttää kuulontutkimuksessa, koska vaikeastikin kuulovikainen lapsi voi reagoida matalalle äänelle. Tavoitteena on, että synnytyssairaalassa tehdään kuulonseulonta kaikille vastasyntyneille luotettavalla menetelmällä (otoakustiset emissiot tai herätevastetutkimukset). Vaikka lapsi olisi läpäissyt synnytyssairaalassa tehdyn kuulonseulonnan, neuvolassa tulee seurata kuuloa. Lievät tai tyypiltään harvinaiset kuuloviat eivät välttämättä löydy käytössä olevilla seulontamenetelmillä. Kuulovika voi myös syntyä tai edetä lapsuuden aikana. Vanhempien tai isovanhempien epäily kuulon alenemisesta on aina aihe lisätutkimuksiin. Tavoitteena tulee olla varhaislapsuuden kuulovikojen toteaminen 6 kk:n ikään mennessä. (Asplund 1996, The European Consensus Development...1998, Joint Committee on Infant Hearing...2000.) Kuulovikojen toteamisikä Suomessa on edelleen kaukana tästä tavoitteesta. Suomessa tehtyjen kartoitusten mukaan lastenneuvoloitten kuulonseulonnoissa on puutteita sekä käytettävissä olevan laitteiston että seulonnan käytössä.

Lastenneuvolan käytössä ei kuitenkaan ole luotettavaa kuulon seulontamenetelmää alle 8 kk:n ikäisille lapsille. Suvun kuuloviat tulee aina kysyä ja kirjata neuvolakertomukseen jo vastasyntyneisyysvaiheessa. Mikäli lapsen vanhemmilla tai sisaruksilla on todettu muu kuin hankinnainen kuulovika tai jos lapsi on ollut vastasyntyneenä vähintään yhden vuorokauden tehohoidossa tai jos lapsella on epämuodostumia pään tai kaulan alueella, tulee neuvolatarkastuksen yhteydessä kiinnittää erityistä huomiota lapsen kuuloon. Mikäli lapsi on sairastanut bakteerin aiheuttaman aivokalvontulehduksen, on kuulo tutkittava erikoissairaanhoidossa. Aina jos vanhemmat epäilevät lapsen kuuloa, ovat jälkitutkimukset aiheellisia, mikäli kuulosta ei voida neuvolassa luotettavasti varmistua. (Sorri & Mäki-Torkko 1998.) Hyvissäkin seulontajärjestelmissä huomattava osa jatkotutkimuksista saa alkunsa perheen esittämästä kuulovikaa koskevasta epäilystä. Henkilökunnan koulutus on ensiarvoisen tärkeää.

Kahdeksan kuukauden iässä kaikkien lasten kuulo tulee tutkia pienoisaudiometrillä, 'uikulla' (45 dB, taajuus 3–4 kHz; esim. KP10). Lapsen tulee paikantaa ääni oikein molempien korvien puolille. (Sorri ym. 1987.) Mikäli käytössä on kalibroitu tiuku (45 dB, 3 kHz), sitä voidaan myös käyttää paikantamisvasteen tutkimiseen. Paikantamisvaste tutkitaan lapsen istuessa vanhemman sylissä esim. lelu kädessään. Tutkija on lapsen ja vanhemman takana. Ääniärsyke annetaan molemmille korville korvan sivulta (ei ylä- eikä alaviistosta) niin, että tutkijan käsi jää lapsen näkökentän taakse. Mikäli paikantamisvaste puuttuu, tutkitaan lapsen korvat. Jos todetaan välikorvatulehdus, kuulonseulontatutkimus toistetaan 2–3 viikon kuluttua korvatulehduksen hoidon loppumisesta. Mikäli paikantamisvaste edelleen puuttuu, lapsi tulee lähettää jatkotutkimuksiin. Paikantamisvasteen tutkimisessa käytettävä laite on kalibroitava säännöllisesti, mielellään vuoden välein.

Vastasyntyneisyyskauden jälkeen kuulovian mahdollisuus on syytä muistaa aina, kun epäillään viivettä kokonaiskehityksessä tai kommunikointitaidoissa. Jos 2–3 vuotiaan lapsen puhe vaikuttaa viivästyneeltä, kuulo on mahdollista yrittää tutkia audiometrillä. Tampereen yliopistosairaalan kuulokeskuksessa on kehitetty vaihtoehtoista tapaa tutkia kuuloa. Menetelmän arviointi on kuitenkin vielä kesken. Menetelmässä kuiskataan noin 3 metrin etäisyydeltä tietoisesti valittuja sanoja, joita vastaavat esineet on pakattu lapselle annettuun matkalaukkuun. Sanat ovat "nalle", "paita", "liva", "sukka", "avain" ja "tutti". "Hämäysesineinä" voivat olla omena, kuppi, pupu, kukka, pelle. Yksi toisto sallitaan, mutta jos yksikin sana on väärin, tulos on poikkeava. Poikkeava tulos kontrolloidaan kahden viikon kuluttua, ja jos se on edelleen poikkeava, lapsi lähetetään jatkotutkimuksiin.

Jos leikki- tai esikouluikäisellä lapsella on käytöshäiriön oireita, levottomuutta, ylivilkkautta tai epäillään neurologisen kehityksen erityisvaikeuksia, tulisi lapselta aina tutkia myös kuulo (samoin kuin näkö).

Viivästyneen puheen kehityksen selvittämiseen kuuluu myös puheterapeutin arvio. Mikäli puheterapeutin tutkimuksessa syntyy epäily kuuloviasta, tulee lapsi lähettää erikoissairaanhoidon tutkimuksiin.

Tärykalvojen tutkiminen oireettomalta lapselta on aiheellista, kun syntyy epäily kuulovammasta, lapsi on edeltävästi sairastanut korvatu-lehduksia, tai kun vanhempi toivoo tarkastusta (Kunnamo 1997).

Audiometrillä tehtävä seulonta 20 dB:n äänen voimakkuudella eri taajuuksilla onnistuu usein jo 4-vuotiaalle. Mikäli löydös on poikkeava, tehdään kynnyksmittaus ja tutkitaan korvat. Mahdollinen otiitti hoidetaan ja tutkimus toistetaan 2–3 viikon kuluttua hoidon loppumisesta. Mikäli tutkimus ei onnistu 4-vuotiaalle eikä anamnestisesti ole epäilyä kuulovi-asta, seulontatutkimus tehdään 5 vuoden iässä. Kaikille 6-vuotiaille tulee tehdä kynnyksmittaus audiometrillä.

Näön ja silmäsairauksien seulonta

Hyvä näkökyky on keskeinen tekijä kasvavan lapsen kehitykselle. Syntymä-hetkellä näköjärjestelmän rakenteet ovat melko valmiit, mutta näkökyky kehittyy vähitellen, ja tämä kehitys on riippuvaista aivojen samanaikaisesta kehittymisestä. Molempien silmien tulisi välittää näköaivokuorelle alusta alkaen yhtäläinen näköhavainto, jotta aivojen näköradat ja -keskukset kehittyisivät normaalisti, ja lapsi oppisi näkemään parhaalla mahdollisella tavalla. Jos toisen silmän aivoihin välittämä kuva on syystä tai toisesta epätarkka, seurauksena voi olla palautumaton näön alenema, ns. toiminnallinen heikkonäköisyys.

Näköjärjestelmä on muovautuvuutensa vuoksi altis häiriötekijöille koko ensimmäisen elinvuosikymmenen ajan. Normaalin näönkehityksen kannalta kriittisin ajanjakso on alle 3 kk:n ikä. Näkemistä haittaavat sairaudet, kuten synnynnäinen kaihi, tulisi havaita ja hoitaa noin 2 kk:n ikään mennessä käyttökelpoisen näkökyvyn saavuttamiseksi. Muihin normaalin näönkehityksen häiriöihin voidaan hoitotoimenpiteillä vaikuttaa noin 8–10 vuoden ikään saakka, ei enää sen jälkeen.

Synnynnäisen kaihin hoitotulokset ovat voimakkaasti riippuvaisia leikkauksen ajoittumista kahteen ensimmäiseen elinkuukauteen. Myös verkkokalvosyövän hoitokeinot ovat kehittyneet ja lapsi säästyy usein silmän poistolta, mikäli tauti havaitaan riittävän ajoissa.

Vaikka seulontatutkimuksia suositellaan tiettyinä ikäkausina, tulee lapset tutkia ja tarvittaessa ohjata jatkotutkimuksiin heti, kun epäily esimerkiksi amblyopiasta tai karsastuksesta on ilmennyt eikä odottaa seuraavaa seulontatutkimuksen ajankohtaa.

Lastenneuvoloilla on Suomessa ollut ratkaiseva tehtävä lasten silmä-sairauksien ja näkövikojen seulonnassa jo 1960-luvulta lähtien. Yksinkertaisilla näöntarkkuutta mittaavilla testeillä ja silmätutkimuksilla on oikea-aikaisesti ja huolellisesti suoritettuina mahdollista seuloa valta-osa hoidettavista lasten silmäsairauksista.

Mikäli leikki- tai esikouluikäisellä lapsella on käytöshäiriön oireita, levottomuutta, ylivilkkautta tai epäillään neurologisen kehityksen erityis-vaikkeitä, tulisi lapselta aina tutkia myös näkö (samoin kuin kuulo).

Esitiedot. Vanhemmilta kannattaa tiedustella mahdollisia suvussa esiintyviä silmäsairauksia:

- lasten verkkokalvosyöpä (retinoblastooma)
- synnynnäinen kaihi
- karsastus ja toiminnallinen heikkonäköisyys (amblyopia)
- periytyvät verkkokalvorapheet

Tarkastelu eli inspektio. Neuvolatutkimuksessa tulisi havaita silmien ja luomien selvät rakennepoikkeavuudet, kehityshäiriöt, epäsymmetria ja poikkeavat silmien liikkeet. Silmätautien erikoislääkärin hoitoarviota edellyttävät esimerkiksi:

- Silmien kokoero. Mikroftalmia viittaa silmän kehityshäiriöön ja silmän suuri koko glaukoomaan.
- Mustuaisen poikkeavuudet. Laaja, valojäykältä vaikuttava mustuainen voi viitata värikalvon puutokseen (oireyhtymä, johon saattaa kuulua myös munuaissyöpä) ja mustuaisen poikkeava sijainti tai muoto silmän etuosan kehityshäiriöön.
- poikkeavat silmän liikkeet, silmävärve (nystagmus), epätavallinen pään asento (torticollis).
- näkyvä karsastus

Näöntarkkuuden tutkiminen. Kuvionäköttestejä voidaan luotettavasti tehdä lapsen yksilöllisestä kehityksestä riippuen 3–4 vuoden ikäisenä. Tätä nuorempien näöntarkkuutta voidaan arvioida tarkkailemalla lapsen käyttäytymistä ja näönvaraista toimintaa, erityisesti silmien kohdistamista ja kohteen seuraamista. Näöntarkkuuden mittaamiseen on olemassa useita erilaisia kuviotestejä. Suomen neuvoloissa on yleisesti käytössä ns. LH-näköttesti (myydään myös nimellä Lea Symbols), joka soveltuu hyvin pientenkin (noin 3 v) lasten tutkimiseen ja on siten suositeltava. Se on suunniteltu havaitsemaan myös ns. ruuhkautumisilmiö (crowding), joka on ominainen toiminnalliselle heikkonäköisyydelle. Sekin puoltaa LH-taulujen käyttöä nimenomaan neuvolassa.

Tutkimuspaikan tulisi olla rauhallinen ja testauksen kiireetön. Ensin on hyvä testata molempien silmien yhteisnäkö lähitaalulla ja varmistua siitä, että lapsi ymmärtää ja osaa ilmaista testin oikein. Erikseen silmiä testattaessa *toinen silmä peitetään huolellisesti*. Tutkimus aloitetaan isoimmista kuvioista edeten nopeasti alemmille riveille, joilta näytetään 4–5 kuviota. Näkötaululla tulisi olla hyvä, heijastamaton ja muuttumaton valaistus. Jos tulos jää epävarmaksi, testi on ehdottomasti tehtävä uudelleen jonkin ajan kuluttua.

Punaheijaste. Punaheijastetta tutkittaessa huoneen valaistus saa mielellään olla hämärä. Oftalmoskoopin läpi katsotaan silmää n. 40 cm:n etäisyydeltä valon osuessa kohtisuoraan mustuaisaukkoon. Normaali heijaste mustuaisessa on kirkkaan oranssin punainen. Tummaihoisen lapsen punaheijaste on tummempi verkkokalvon alaisesta runsaasta pigmentistä johtuen. Punaheijasteen tutkimisella on keskeinen merkitys

synnynnäisen kaihen, verkkokalvosyövän eli retinoblastooman ja lasiaisen kehityshäiriöiden diagnostiikassa. Se tulisi tutkia ensimmäisen kerran jo vastasyntyneiltä ennen kotiutusta synnytyslaitokselta ja neuvolan 6–8 viikon tarkastuksessa.

Karsastuksen tutkiminen.

- 1) *Hirschbergin lamppukoe.* Lasta pyydetään katsomaan kohtisuoraan kynälamppuun, jota pidetään n. 40 cm:n etäisyydellä. Kokeessa tarkkaillaan sarveiskalvoilta tulevia valoheijasteita. Silmien ollessa suorassa valoheijaste sijaitsee mustuaisaukossa symmetrisesti, tavallisesti hiukan mustuaisen keskipisteestä nasaalisesti. Jos toisen silmän valoheijaste on mustuaisaukon ulkoreunassa, ko. silmä karsastaa sisäänpäin. Jos valoheijaste tulee mustuaisaukon sisäreunasta, ko. silmä karsastaa ulospäin. Tämä testi paljastaa näkyvän eli ilmeisen karsastuksen, ei piilokarsastusta.
- 2) *Peittokoe.* Lasta pyydetään katsomaan tutkijan kädessä olevaan kynälamppuun tai pieneen kuvaan. Toinen silmä peitetään pahvilapulla. Jos ei-peitetty silmä tekee korjausliikkeen joko sisältä ulos tai ulkoa sisään, kyseinen silmä karsastaa (=ilmeinen karsastus sisään- tai ulospäin vastaavasti). Jos mitään liikettä ei tapahdu, silmät eivät karsasta. Jos peitettyinä ollut silmä tekee peiton poistamisen jälkeen korjausliikkeen, kysymyksessä on *piilokarsastus*.

Karsastus voi olla synnynnäinen (alkanut alle ½ vuoden iässä) tai se voi alkaa myöhemmin (esim. akkommodatiivinen sisäänpäin karsastus). Koska karsastus voi olla oire muusta silmäsairaudesta, jopa verkkokalvosyövästä, kaikki selkeästi karsastavat lapset tulee heti ohjata silmätautien erikoislääkärin tutkittavaksi.

Karsastuskulman suuruudella ei ole toiminnallisen heikkonäköisyyden kehittymisriskin kannalta merkitystä. Pienikulmainenkin karsastus voi aiheuttaa syvän heikkonäköisyyden. Oleellisempaa on karsastuksen pysyvyys. Karsastaako jompikumpi silmä jatkuvasti vai onko karsastus ajoittaista, esimerkiksi väsyneenä näkyvää? Leikkausta harkittaessa karsastuskulman suuruudella on ratkaiseva merkitys.

Piilokarsastus ei aiheuta toiminnallista heikkonäköisyyttä, mutta voi suurikulmaisena ja oireisena vaatia leikkaushoitoa. Oireeton pienikulmainen piilokarsastus ei edellytä jatkotutkimuksia.

Karsastuksen seulonta vähentää heikkonäköisten määrää (Kvarnström ym. 1998, Eibschitz-Tsimhoni ym. 2000). Hoitotulokset ovat sitä paremmat, mitä aikaisemmin karsastus diagnosoidaan ja hoito aloitetaan (Williams ym. 2002). Ilmeinen karsastus on usein havaittavissa jo ennen 4-vuotistarkastusta, minkä vuoksi on perusteltua edellyttää karsastuksen seulomista neuvolassa myös 0–3-vuotialta.

Koska lääkärintarkastuksia on harvoin, myös terveydenhoitajan olisi hyvä tehdä peittokoe ja Hirschbergin testi.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Osoitteesta www.ppsHP.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekemiä *hoito-ohjelmia* hyvin monista sairauksista. Hoito-ohjelma mm. lasten näön tutkimisesta ja karsastuksesta.
- Heikkinen T. 2003. Lapsen välikorvatulehdus: määritelmä, epidemiologia ja diagnostiikka. Lääkärin käsikirja 27.4.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.
- Heikkinen T. 2004. Lapsen välikorvatulehduksen hoito ja seuranta. Lääkärin käsikirja 5.9.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.
- Hyvärinen L. 2004. Näön tutkiminen lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 11.5.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi. sisältää yksityiskohtaiset ohjeet tutkimusten suorittamisesta.
- Hyvärinen L. 2004. Tietoa näkötesteistä ja näön tutkimisesta neuvolassa sekä vanhemmille että neuloiden henkilökunnalle. www.lea-test.fi.
- Kuulonhuoltoliitto. www.kuulonhuoltoliitto.fi
- Oinonen K, Tuomala K, Virta A & Lehto E. 2000. Osa lasten kuulovammoista todetaan liian myöhään. *Terveystoiminta* 4, 33-35.
- Toiminnallinen 3-vuotiaiden kuulonseulontamenetelmä-projekti. 2002. Kehittämiss-projekti K5021. Operatiivinen tulosalue, KNK-klinikka, Tays.
- WHO. 2003. Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning. World Health Organization, Prevention of Blindness & Deafness, 4-5 September, Geneva.

12

Rokotukset

12 ROKOTUKSET

Yksi lastenneuvolajärjestelmän keskeisiä tehtäviä on ehkäistä tarttuvia tauteja ja siksi huolehtia rokotuskattavuudesta. Suomessa on onnistuttu hyvin, täydellisesti rokotettujen osuus oli viimeksi tehdyssä tutkimuksessa 93 % vuonna 1997 syntyneiden otoksesta (Joensuu ym. 2002). Kaksi vuotta aiemmin päästiin kuitenkin vielä korkeampaan lukuun, ja on pelättävissä, että suuntaus jatkuu. On arveltu että kun rokotuksien ehkäistävästä taudista ja niiden vakavuudesta ei enää ole omakohtaista kokemusta, rokotamisen merkitys hämärtyy ja huomio kiinnittyy rokotteiden haittoihin ja voi johtaa rokotamatta jättämiseen.

Suomessa toteutettavan rokotusohjelman kehittämisestä vastaa Kansanterveyslaitos (KTL). Sen tehtävänä on laatia rokotussuositukset, muutostarpeen tieteelliset perustelut ja tietopaketti koulutusta varten sekä huolehtia materiaalin jakelusta kunnille. Taulukossa 1 on Kansanterveyslaitoksen rokotussuositustyöryhmän ja Kansallisen rokotusasiantuntijaryhmän laatima ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vahvistettu lasten rokotusohjelma, joka on voimassa vuoden 2005 alusta lähtien. Tämä ohjelma sisältää yhdistelmärokotteen (kurkkumätä-jäykkäkouristus-hinkuyskä-polio) käytön. Muutoksena vanhaan ohjelmaan käytetään vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttavaa solutonta hinkuyskärokotetta, jonka avulla saadaan suojavaikutus myös kouluikäisiin ja sitä vanhempiin ikäryhmiin. Ohjelmassa ei toistaiseksi ole vesirokkorokotusta, mutta vanhempien niin halutessa voidaan vesirokkorokotus antaa yli yksivuotiaalle perheen omalla kustannuksella. Kansallisen rokotusohjelman muutoksista tiedotetaan terveyskeskuksille ja neuvoloille Kansanterveyslaitoksen ohjeilla.

Taulukko 1. Lasten rokotusohjelma Suomessa 1.1.2005 alkaen

Rokote	Ikä
BCG	< 1 vko
DTaP-IPV-Hib	3 kk
DTaP-IPV-Hib	5 kk
DTaP-IPV-Hib	12 kk
MPR I	14–18 kk
DTaP-IPV	4 v
MPR II	6 v
dtap	14–15 v

Kaikille tarkoitettujen rokotusten lisäksi yleiseen rokotusohjelmaan kuuluvat myös tietyille riskiryhmille annettavat rokotukset. Niitä ovat Hepatiitti B (HBV)-, Hepatiitti A (HAV)- ja influenssarokotteet. Tarkemmat

ohjeet riskiryhmistä ja rokotuksista saa KTL:n [www-sivuilta](http://www.ktl.fi) Rokottajan käsikirjan verkkoversiosta (www.ktl.fi).

Muutokset vähentävät erillisten pistosten määrää. Neuvolan määräaikaistarkastuksia ei voi silti vähentää, sillä alle puolivuotias on tarpeen tavata kuukausittain mm. kasvun seurannan, ruokailumuutosten ja vanhemmuuden tukemisen vuoksi. Rokotuksista säästyvä aika käytetään vanhemmuuden tukemiseen (ks. luku 10.1).

Rokottajana toimii yleensä terveydenhoitaja. Epävarmoissa tilanteissa tulee konsultoida omaa neuvolalääkärinä, keskussairaalan lastenlääkärinä tai KTL:n rokotusasiiantuntijaa (KTL:n Rokoteosasto puh. (09) 4744 8243, arkin klo 9–12). Rokotusohjelman muutoksiin liittyvää tietoa löytyy KTL:n julkisilta sivuilta (www.ktl.fi/rokojuud). Uudistetut rokotussuositukset ovat luettavissa Rokottajan käsikirjan uudesta painoksesta ja KTL:n rokotajan käsikirjan ajantasaisesta verkkoversiosta (www.ktl.fi/oppaita/roko/). Neuvolalääkärin on tunnettava rokotusten todelliset vasta-aiheet ja turhia rokotuksista pidättäytymisiä on vältettävä.

Rokotukset ovat vapaaehtoisia. Sekä lääkärin että terveydenhoitajan pitää osata antaa asiantuntemusta rokotuksiin ehkäistävästä taudeista, rokotamatta jättämisen vaaroista ja rokotteiden turvallisuudesta kaikille vanhemmille, mutta erityisesti niille, jotka epäröivät rokotusluvan antamista. Saamansa tiedon perusteella vanhemmat tekevät ratkaisunsa.

Erytystilanteita syntyy, kun lapsen sairaus tai vanhempien tahto aiheuttavat rokotusohjelmasta poikkeamisen. Maahanmuuttajalasten aikaisempien rokotusten yhteensovittaminen suomalaiseen rokotusohjelmaan vaatii usein yksilöllisesti nopeutetun rokotusohjelman.

SUOSITUS:

Neuvolasta annetaan kaikille vanhemmille informaatio rokotuksista, rokotuksiin ehkäistävästä taudeista ja rokotteiden turvallisuudesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kansanterveyslaitoksen verkkosivut www.ktl.fi tarjoavat rokotuksiin ja rokotusohjelmaan liittyvää tietoa.

Rokottajan käsikirja. 2005. Kansanterveyslaitos, Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikeisesta seurannasta 421/2004.

Yleisten vapaaehtoisten rokotusten järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 2002:1. Sosiaali- ja terveysministeriö.

13

Ravitsemus ja ravitsemusohjaus

13

RAVITSEMUS JA RAVITSEMUSOHJAUS

Lapsen hyvinvoinnin edellytyksiä ovat monipuolinen, määrältään sopiva ja ravitseva ruoka, säännöllinen ateriarytmi sekä arkiaktiivisuuden tukeminen. Leikki-ikäisillä ruokavalion ravitsemukselliset haasteet ovat samoja kuin aikuisväestöllä: Pidetään rasvan määrä kohtuullisena ja suositaan pehmeää rasvaa. Lisätään kasvien, hedelmien, marjojen ja kuitupitoisten täysjyvävalmisteiden käyttöä. Vähennetään sokerin ja suolan käyttöä.

Neuvoloita eniten työllistäviä ravitsemuskysymyksiä ovat lasten lihavuus ja allergiat sekä erilaiset syömisen pulmat. Neuvolassa on mahdollista vaikuttaa koko lapsiperheen ruokakäyttäytymiseen ja painonhallintaan. Parhaaseen tulokseen päästään, kun ongelmiin puututaan riittävän aikaisin.

Perheen ravitsemuksesta keskusteleminen on luonteva osa neuvolaikäntä. Esimerkiksi ateria-ajat, ruokaostosten tekeminen ja ruoanvalmistus ovat olennainen osa perheen arkipäivää. Neuvonnan lähtökohtana on yksilöllisyys, joustavuus ja perhekeskeisyys. Vanhempia kannustetaan ottamaan vastuu perheen arjesta lapsen tarpeista käsin. Se mikä on hyväksi lapselle, on yleensä hyväksi myös koko perheelle. Esimerkiksi työn, harrastusten ja yhteisten aterioiden yhteensovittamiseen on hyvä kiinnittää huomiota. Neuvolahenkilökunnan tehtävä on varmistaa, että perheellä on riittävät perustiedot ja selkeä kokonaiskäsitelmä lapsen kasvusta, kehityksestä ja ravitsemuksesta. Erityishaasteena on niiden perheiden kohtaaminen, joiden voimavarat eivät riitä arjesta selviytymiseen.

13.1 Imetys ja lapsen muu ruokavalio imeväisiässä

Neuvolalla on hyvät mahdollisuudet edistää imetyksmyönteisyyttä ja sitä kautta varhaista vuorovaikutusta. Imetyksestä on hyötyä sekä äidille että lapselle. Imetys edistää äidin toipumista synnytyksestä ja auttaa painonhallinnassa. Imettämällä on havaittu olevan myös pitempiäaikaisia naisen terveyttä edistäviä vaikutuksia. Esimerkiksi naisen riski sairastua osteoporoosiin ja joihinkin syöpiin vähenee. Rintamaito sisältää lapsen tarvitsemien ravintoaineiden lisäksi monia lapsen kehityksen kannalta välttämättömiä suoja-aineita. Lisäksi imetys edistää äidin ja lapsen luonnollista kiinteää yhteyttä.

Äidinmaito riittää ainoaksi ravinnoksi ensimmäisten kuuden elin-kuukauden ajan useimmille normaalipainoisina syntyneille lapsille. Vain D-vitamiinilisä tarvitaan. Täysimetyksessä rintamaidon ravintoaineet

imeytyvät parhaiten, ja maidon taudeilta suojaava vaikutus on tehokkain. Rintamaidon riittävyys taataan parhaiten siten, että lapsi tyydyttää imemisen tarpeensa pelkällä rintaruokinnalla. Rinnan imeminen on ärsyke, joka vaikuttaa ratkaisevasti maidon eritykseen. Tuttien ja tuttipullojen käyttöä pyritään välttämään ainakin siihen asti, että lapsi on oppinut hyvän imemistekniikan (ks. Lääkäriin käsikirja 2001, luku 9.3). Toisaalta epidemiologisissa tutkimuksissa on osoitettu tutin säännöllisen käytön suojaavan kätkykuolemalta (Kirjavainen 2003).

Lapsen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin seuranta on tärkeää. Täysimetyksessä lasten paino nousee ensimmäisten kolmen kuukauden ajan keskimäärin hieman enemmän kuin korvikeruokittujen. Kuuden kuukauden iästä lähtien vuorostaan rintamaitoa ja lisäruokia saavien painon nousu on hieman hitaampaa kuin korviketta ja lisäruokia saavien lasten. Rintalasten pituuskasvu puolestaan on kolmen kuukauden iästä lähelle vuoden ikää keskimäärin hieman pullolapsia hitaampaa. Myöhemmin pituuskäyrät ovat yhtenevät (Salmenperä 1997). Rintaruokituksen ja rintaa ja kiinteitä lisäruokia saavan lapsen suhteellinen pituus vähenee kolmen kuukauden iästä lähtien vähitellen 9 kuukauden ikään mennessä jopa 1 SD:n verran. Pituuspaino (aik. suhteellinen paino) ei kuitenkaan vähene, toisin sanoen painon lisääntyminen on pituuskasvun mukaista. Tämä on tyypillistä täysin terveille rintaruokituille lapsille. He ovat vielä vuoden iässäkin korvikeruokittuja hieman kevyempiä. Tämä ero normaalissa kasvussa tulisi tiedostaa turhan ja liian varhain aloitetun lisäruokinnan estämiseksi.

Riittämätön painonousu, niukat virtsa- ja ulostemäärät tai lapsen nälkäisyys tiheidenkin maitoaterioiden jälkeen ovat merkkejä siitä, ettei rintamaito ainoana ravintona riitä. Tilannetta arvioitaessa tulee varmistaa, ettei lapsi ole sairas, ja että imetystekniikka on oikea. Myös imetysongelmat, joihin ei löydy ratkaisua, voivat olla perusteina lisäruoan antamiselle ennen kuuden kuukauden ikää.

Lisäruoan aloittamisen jälkeen suositellaan osittaista imetystä yhden vuoden ikään asti (Taulukko 2). Osittainen imetys tarkoittaa, että lapsi saa lisäruoan tai äidinmaidonkorvikkeen ohella rintamaitoa. Osittainenkin imetys on arvokasta. Rintamaito parantaa immuunisuojausta ja muun ravinnon imeytymistä. Osittaista imetystä voidaan jatkaa vielä ensimmäisen ikävuoden jälkeenkin perheen niin halutessa. WHO:n suositus on jatkaa imetystä kahden vuoden ikään. Tällöin on tärkeää, että lapsen ruokavalio monipuolistuu ja syömistaidot kehittyvät ikää vastaavasti.

Vähäinen, satunnainen alkoholijuomien nauttiminen, kuten lasillinen viiniä aterialla tai olut saunan jälkeen ei estä imetystä. Näissä tilanteissa voi odottaa pari tuntia ennen syöttöä. Alkoholit poistuu rintamaidosta samalla nopeudella kuin äidin verestä. Äidin runsas alkoholin käyttö haittaa lasta eniten välillisesti epävarmana vauvan käsittelynä.

Tupakan nikotiini ja muut haitta-aineet kulkeutuvat rintamaidon kautta lapseen. Rintamaidon nikotiinipitoisuus on korkeimmillaan noin neljännes-

Taulukko 2. Imeväisen ruokavalio

Ikä/ravinto				
0-4 kk	> 4 kk	> 6 kk	>8 kk	> 10 kk
TÄYSIMETYS 6 kk	OSITTAINEN IMETYS 12 kuukauden ikään			
	Yksilöllisesti tarvittaessa tutustumisruokia soseina: - peruna - kasvikset - marjat - hedelmät >5 kk lihaa tai puuroa	Kaikille kiinteitä lisäruokia, soseaterioita: - peruna, kasvikset - marjat ja hedelmät - liha tai kala - puuro	Karkeita soseita ja uusia tutustumisruokia: - peruna, kasvikset ja liha tai kala - puuro - marjat ja hedelmät - hienojakoisia tuoreraasteita	Perheen ruokia tai karkeita soseita: - puuro, leipä - peruna, kasvikset - tuoreraasteet - marjat ja hedelmät - liha- tai kalaruoat - maitovalmisteet ja maito ruoissa
D-VITAMIINIIVALMISTE kaikissa ikäryhmissä				

* Mikäli imetys ei jatku, tilalla äidinmaidonkorvikkeet vuoden ikään.

tunnin kuluttua tupakoinnista. Tupakointi vaikuttaa äidin yleiskuntoon, vähentää maidon erittymistä ja hidastaa herumisrefleksin laukeamista. Tupakoivat äidit lopettavat imettämisen aikaisemmin kuin tupakoimattomat. Äidin tulee välttää tupakointia tai nikotiinia korvaavien valmisteiden käyttöä mieluiten kokonaan, mutta ainakin 2–3 tuntia ennen imetystä ja imetyksen aikana. Äitiä tuetaan ja motivoidaan tupakoinnin lopettamisessa. (ks. luku 14.5)

Imetystä voidaan edistää ja tukea monin tavoin. Tukemisessa käytettävien menetelmien vaikuttavuudesta on kertynyt tutkimusnäyttöä (esim. Protection of breastfeeding in Europe 2004). Äitien hyvät tiedot imetyksestä ja positiiviset imetysasenteet ovat yhteydessä pitempään imetykseen (Hannula 2003). Isillä on merkittävä rooli äidin imetyksen tukemisessa. Puolison asenne imetystä kohtaan on tärkeä vaikuttaja äitien päätöksessä aloittaa rintaruokinta. Isien hyvät tiedot imetyksestä ovat yhteydessä heidän positiiviseen suhtautumiseensa. (Stockley 2004.)

Terveystuhoonhenkilöstö voi ohjauksellaan vaikuttaa imetyksen sujumiseen (myös Sikorski ym. 2002). Lastenneuvolassa annetun ohjauksen tulee olla samansuuntaista ja yhtenäistä äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa annetun ohjauksen kanssa. Terveystuhoajilla tulee olla riittävät ja ajankohtaiset tiedot imetyksestä, imetyksen tukemisesta ja tavallisimmista ongelmatilanteista, mieluiten imetysohjaajakoulutuk-

sen kautta. Osalle äideistä imetys aiheuttaa suurta räsitusta ja henkisiä paineita. Imetysongelmista kärsivien äitien taitavaan ohjaukseen on tarpeen kiinnittää erityistä huomiota. Neuvolalääkärin on perehdyttävä imetyksen fysiologiaan ja ongelmiin. Neuvolalääkärin on osattava antaa konsultaatioapua terveydenhoitajalle ja hoittaa imetykseen liittyviä ongelmia. Neuvolan yhteistyötä imetystukiryhmien kanssa tulisi tehostaa riittävän imetystuen varmistamiseksi. Vertaistuen merkitys on suuri varsinkin niille äideille, joilla on imetysongelmia. Ongelmatilanteessa etsitään koko perheen hyvinvointia edistäviä ratkaisuja lapsen ravitsemuksen turvaamiseksi.

Imetystä kannattaa tukea tasokkaan terveysneuvontamateriaalin avulla. Jatkossa tarvitaan alueellinen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen imetysstrategia, valtakunnallisesti yhtenäinen imetys- ja ravitsemusseurantalomake sekä kriteerit laadunseuranta varten.

Lisätietoa rintamaidosta ja imetyksestä löytyy Lapsi, perhe ja ruoka -kirjasta (Hasunen ym. 2004) sekä Euroopan Unionin rintaruokintaprojektin tuoreesta kirjallisuuskatsauksesta (Protection of breastfeeding in Europe 2004).

Lapsen muu ravinto imeväisiässä

Lisäruoat aloitetaan aina yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Tarpeeseen ja aloitusajankohtaan vaikuttavat imetys sekä lapsen kasvu ja kehitys. Jos rintamaitoa on niukasti, lisäruoka voidaan aloittaa jo neljän kuukauden iässä. Imetyksen jatkuvuuden kannalta on parempi antaa kiinteää so-seruokaa kuin äidinmaidonkorviketta tai velliä pullosta. Jos lapsi ei saa lainkaan rintamaitoa, kiinteä lisäruoka aloitetaan 4–6 kuukauden iässä äidinmaidonkorvikeruokinnan jatkuessa. (Taulukko 2.)

Kaikki lapset tarvitsevat kiinteää lisäruokaa noin puolen vuoden iästä lähtien. Tällöin lapsi on motoriselta kehitykseltään valmis syömään lisäruokaa. Lisäruoilla turvataan erityisesti riittävä energian, proteiinin ja muiden välttämättömien ravintoaineiden saanti. Yli puoli vuotta jatkuvaan täysimetykseen liittyvä kasvuhäiriön ja raudanpuuteanemian vaara.

Lisäruokia annettaessa ruokavaliota laajennetaan vähitellen parilla uudella ruoka-aineella viikkoa kohti. Kun ruoka-aineet annetaan yksitellen, lapsi tottuu uusiin makuihin, ja ruoan sopimattomuus voidaan havaita. Ensimmäisiksi lisäruoiksi sopivat peruna, muut kasvikset, marjat ja hedelmät. Niiden jälkeen aloitetaan lihan ja viljan antaminen (ks. Taulukko 2). Lähellä yhden vuoden ikää aloitetaan tavallisten maitovalmisteiden käyttö. Totuttelu kannattaa alkaa hapanmaitotuotteilla. Imeväisikäisen ruoissa ei käytetä lainkaan suolaa eikä ruokaa valmisteta runsaasti suolaa sisältävistä elintarvikkeista kuten makkaroista tai juustoista.

Tässä luvussa käsitellään vain osaa lasten ravitsemukseen liittyvistä kysymyksistä. Lisää tietoa erilaisten ryhmien, esimerkiksi keskoslasten, ravitsemuksesta tai ruokailuun liittyvistä pulmista kuten uusien ruokala-

jien aloittamisen vaikeudesta on Lapsi, perhe ja ruoka -kirjassa (Hasunen ym. 2004). Siinä on myös runsaasti tietoa mikrobiologisista riskitekijöistä ja elintarvikehygieniasta. Elintarvikeviraston sivuilta löytyvät ajankohtaiset tiedot ruoka-aineiden mahdollisista käyttörajoituksista eri ikäryhmissä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Elintarvikevirasto: www.elintarvikevirasto.fi

Hannula L. 2003. Imetysnäkemys ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C, osa 195. Turun yliopisto, Turku.

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus 3. uudistettu painos. Julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Imetysohjaus ja imetysohjelmat. 11.5.2001. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Salmenperä L. 1997. Rintaruokinta ja kasvu. Duodecim 113, 605-610.

Vauvamyönteinen Keski-Suomi –alueellinen hoito-ohjelma. Päivitetty 23.3.2000. Saatavissa internetistä maksullisesta osoitteesta www.terveysportti.fi. Ohjelma perustuu WHO:n ja UNICEFin Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen -vauvamyönteisysohjelmaan. A Joint WHO/UNICEF Statement. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. 1989.

Vauvamyönteisysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. 1994. Stakes, Helsinki.

www.lapsiperhe.net/vamy. Sisältää tietoa vauvamyönteisyydestä, lähinnä imetyksestä, myös 10 askelta onnistuneeseen imetykseen.

13.2 Lapsen ruokailu leikki-ässä

Ensimmäisen ikävuoden lopulla lapsi alkaa vähitellen syödä yhdessä perheen kanssa samaa ruokaa. Aikuinen vastaa siitä, että lapselle tarjotaan säännöllisesti ravitsevaa ruokaa myönteisessä ilmapiirissä. Kun näin toimitaan, lapsi syö yleensä tarpeensa mukaisen määrän ruokaa, ja syömisen pulmita välttää. Samanikäisten lasten keskinäiset erot energiantarpeessa ovat huomattavia. Energiansaannin sopivuutta arvioidaan yksilöllisesti kasvukäyrän avulla. Arvioinnissa auttavat vanhempien havainnot sekä lapsen tyytyväisyys ja vointi.

Rasva on leikki-ikäiselle tärkeä energian, välttämättömien rasvahapojen ja rasvaliukoisten vitamiinien lähde. Sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi on tärkeää pitää rasvan määrä kohtuullisena ja suosia pehmeää rasvaa. Käytännössä tämä tarkoittaa kovan rasvan välttämistä ja pehmeiden rasvojen valitsemista näkyväksi rasvaksi. Liha- ja maitovalmisteiden käyttöön siirryttäessä lapsi voi alusta asti käyttää rasvattomia tai vähärasvaisia vaihtoehtoja. Maidoksi sopii parhaiten rasvaton maito. Kovaa rasvaa on piilorasvana maito- ja lihavalmisteiden lisäksi myös esimerkiksi kekseissä ja muissa leivonnaisissa, joten niitä kannattaa käyttää

vain satunnaisesti. Näkyvänä rasvana leivän päällä, salaatinkastikkeissa, ruoanlaitossa ja leivonnassa käytetään kasviöljyä, kasvimargariinia ja juoksevaa kasviöljyvalmistetta (ns. pullomargariini). Kun alle kaksivuotias lapsi käyttää rasvattomia maitovalmisteita, ruokavalioon lisätään päivittäin 2–3 tl lisärasvaa kasviöljynä tai margariinina (80 % rasvaa) riittävän energiansaannin varmistamiseksi.

Koko perheen kannattaa jo raskausaikana totutella säännölliseen ateriaritmiin, sillä napostelu ja usein toistuva syöminen ja juominen altistavat hampaat jatkuvalle happohyökkäykselle. Makeisten antamista tulisi välttää ainakin lapsen varhaisten ikävuosien aikana. Makeisten, keksien, jäätelön, limsan, mehujen ym. makean ruoan käyttö on syytä rajoittaa aterioiden yhteyteen tai erilaisiin juhlahetkiin. Makean tarjoamisessa on syytä kiinnittää huomiota myös määrään. Herkut syrjäyttävät helposti muuta ruokaa tai ovat ylimääräistä ja altistavat siten ylipainon kehittymiselle. Jatkuva napostelu häiritsee nälän ja kylläisyyden tunteen säätelyä. Janojuomana tulee opetella käyttämään pelkkää vettä.

Lapsi kannattaa pienestä pitäen opettaa syömään vähäsuolaista ruokaa. Samalla koko perhe tottuu vähäsuolaisuuteen. Useat maustesuolat, lihalieimet, marinadit ja soijakastikkeet sisältävät runsaasti suolaa. Niitä käytettäessä ruokaan ei tarvitse lisätä suolaa. Suolan saantia voidaan vähentää valitsemalla leivistä, lihavalmisteista, juustoista ja rasvavalmisteista mahdollisuuksien mukaan vähäsuolainen vaihtoehto ja käyttämällä erittäin runsaasti suolaa sisältäviä elintarvikkeita (esim. sipsit, suolapähkinät, ketsuppi) vain satunnaisesti.

Säännölliset ruoka-ajat ovat ruokailun perusta. Epäsäännöllinen ruokailurytmi häiritsee helposti lapsen herkkää ruokahalun säätelyä.

Perheen yhteisissä ruokailutilanteissa voidaan tavoitteellisesti opetella sekä ruokailutaitoja että uusia syömistottumuksia. Vanhemmat ja muut läheiset ihmiset vaikuttavat omilla valinnoillaan, esimerkillään ja toimenpiteillään lapsen ruokatottumusten kehittymiseen. Lapset ovat usein varautuneita uusia ruokia tai makuja kohtaan. Vanhempia kannustetaan tarjoamaan lapselle uusia ruokia pieninä annoksina useita kertoja saman viikon aikana. Kun lapsi saa toistuvasti maistella uusia ruoka-aineita oman halunsa mukaan pakottamatta, hän oppii helpommin pitämään erilaisista mauista. Ruokailutilanteen ilmapiiri vaikuttaa ratkaisevasti siihen, mistä lapsi oppii pitämään ja mitä hän syö. Kiireettömyys ja lapsen huomioiminen auttavat miellyttävän ruokailuilmapiirin luomisessa. Leikki-ikäinen lapsi tarvitsee selvät ohjeet toivotusta ja sopimattomasta käyttäytymisestä. Vanhemmat voivat ohjata lapsen ruokailutapoja esimerkiksi kiittämällä ja kannustamalla lasta. Maanittelu, tuputtaminen tai uhkaukset eivät ole tehokkaita kasvatustekniikoita.

Lasten kasvisruokavalio

Monet kasvisryöjät ovat erittäin perehtyneitä kasvisruokavalioasioihin. Ruokavalion taustalla oleva vakaumus tai elämänkatsomus voi olla vahva.

Terveydenhoitajan asenne ja suvaitseva ilmapiiri ovat ratkaisevan tärkeitä toimivan yhteistyösuhteen muodostumisessa. Yhteisenä tavoitteena on koostaa mahdollisimman monipuolinen ja ravitsemuksellisesti riittävä ruokavalio, jossa myös kasvissyöjän vakaumus on otettu huomioon. Selkeisiin ravitsemusriskeihin on kuitenkin aina syytä puuttua asianmukaisesti.

Mitä useampia ruoka-aineita kasvisruokavalio sisältää, sitä todennäköisemmin se on ravitsemuksellisesti riittävää. Monipuolisesti koostettu semi-, lakto- tai lakto-ovovegetaarinen ruokavalio takaa ravintoaineiden riittävän saannin. Kalaa sisältävä ruokavalio ei ravitsemuksellisesti poikkea lihaa sisältävästä ruokavaliosta. Kala parantaa kasvisruokavalion rasva-, proteiini-, D-vitamiini- ja rautasisältöä.

Vain kasvikunnan tuotteista koostuvaa vegaaniruokavaliota ei suositella lapsille. Vegaaniruokavalion turvallisuutta ei voida taata, sillä asiasta ei ole toistaiseksi suomalaista tutkimustietoa tai vankkaa käytännön kokemusta. Eläinperäisiä elintarvikkeita korvaavien täydennettyjen tuotteiden valikoima on Suomessa suppea ja saatavuus melko heikkoa. Tämä hankaloittaa ravitsemuksellisesti riittävän vegaaniruokavalion koostamista. Jos perhe haluaa lasten noudattavan vegaaniruokavaliota, on ruokavalion ravitsemuksellisen riittävyyden edellytyksenä hyvä elintarviketuntemus ja ravitsemustietämys. Myös ruoanlaittotaito on tarpeen. Vegaaniruokavalio on aina syytä täydentää B12-vitamiinilla, D-vitamiinilla, kalsiumilla ja tarvittaessa raudalla käyttämällä joko ravintoainevalmisteita tai täydennettyjä elintarvikkeita. Vegaanilapsilla ongelmana saattaa lisäksi olla energian saannin riittämättömyys, kun niukasti energiaa sisältäviä kasvikunnan tuotteita ei jakseta syödä riittävästi.

Jos lapsella on ruoka-allergia tai muita ruokarajoituksia, kasvisruokavalion toteuttaminen on käytännössä erittäin hankalaa. Lapsen ravinnonsaanti jää helposti puutteelliseksi. Perheen on syytä tarkoin harkita, haluavatko he allergisen lapsen noudattavan kasvisruokavaliota.

Kasvisruokavaliota noudattavan lapsen kasvua seurataan tarvittaessa tihennetyin neuvolakäynnein. Vegetaristilapset ovat yleensä hiukan lyhyempiä ja kevyempiä kuin sekaruokaa syövät lapset. Selvän pituuskasvun hidastuman ja pituuspainon laskun syyt on selvitettävä. Hemoglobiinin seuranta 1–2-vuotiaana on perusteltu ruokavalion raudan niukkuuden vuoksi.

13.3 D-vitamiinivalmisteen käyttö

Lapsi saa ensimmäiset puoli vuotta riittävästi vitamiineja ja kivennäisaineita äidinmaidosta. Leikki-iässä monipuolinen ruokavalio tyydyttää vitamiinien ja kivennäisaineiden tarpeen. Ainoa poikkeus on D-vitamiini, jonka saantia täydennetään antamalla kaikille alle 3-vuotiaille ympärivuotisesti D-vitamiinivalmistetta (Taulukko 3). Tätä vanhemmilla lapsilla on suositeltavaa jatkaa valmisteen käyttöä lokakuun alusta maaliskuun loppuun viidentoista vuoden ikään saakka. Tummaihoisille lapsille ane-

taan D-vitamiinia valmisteena ympärivuotisesti 15 vuoden ikään saakka. Raskaana olevat ja imettävät äidit tarvitsevat pimeänä vuodenaikana D-vitamiinivalmistetta 10 µg/vrk.

Taulukko 3. D-vitamiinivalmisteen annostelu eri ikäisille lapsille

Lapsen ikä ja saatu ravinto	D-vitamiinivalmisteen annostus
Alle 1-vuotiaat 2 viikon iästä	
▪ Yksinomainen tai osittainen imetys	10 µg/vrk
▪ Äidinmaidonkorviketta, lasten erityisvalmistetta tai vitamiinoitua lasten velliä saavat	6 µg/vrk
1–2-vuotias	
▪ Tavallinen monipuolinen ruoka, jossa riittävästi maitovalmisteita	5–6 µg/vrk
▪ Vitamiinoimatonta maitoa (tilamaito), luomumaitoa tai ei lainkaan maitoa käyttävät	10 µg/vrk
3–15-vuotias lapsi loka-maaliskuussa, jos ei käytä vitamiinoituja maitovalmisteita säännöllisesti	5–6 µg/vrk
3–15-vuotias tummaihoisen lapsi ympärivuotisesti	5–6 µg/vrk

13.4 Ruokaan ja ruokailuun liittyvät pulmat

Ruoka-allergia on arvioitu olevan noin 5–10 %:lla pikkulapsista. Allergioitten hoidosta ks. luku 15.6 Allergiat ja astma. Syntyvän lapsen allergiaoireita ei voi ehkäistä raskauden aikaisella välttämisuokavaliolla. Ruokien välttämiseksi allergian ehkäisytaimissa ei ole perusteita myöskään imetysaikana. Välttämisuokavaliota toteutetaan vasta silloin, kun lapsen allergia on selvästi todettu. Imetys voi suojata lasta allergista reaktiotapaa vastaan, jos lapsella on allergiaperimä. Imettävän äidin ruokavalion monipuolisuus ja riittävyys ovat tärkeitä sekä äidin että lapsen hyvinvoinnin kannalta. Imetyksen aikana äiti välttää ainoastaan niitä ruoka-aineita, joista itse saa oireita.

Leikki-ikäisten lasten ylipainoisuus on lisääntynyt: arviolta 5–10 % lapsista on ylipainoisia. Ylipainoisuuden hoidosta ks. luku 15.7 Lapsen

ylipaino. Tässä suosituksessa annetut ruoka- ja ruokailuohjeet ehkäisevät ylipainon kertymistä tehokkaasti. Usein lapsen lihomisen taustalla ovat epäsäännölliset ruoka-ajat, epävarmuus ja epäjohdonmukaisuus kasvatustotteissa sekä arkiaktiivisuuden vähäisyys. Lapselle jää epäselväksi, milloin syödään, millainen ruoka on arkiruokaa ja millainen juhlaruokaa. Myös ruoan tuputtaminen sekä ruoalla palkitseminen ja lohduttaminen häiritsevät luontaista ruokamäärän säätelyä. Näihin tapoihin vaikuttamalla voidaan ehkäistä liiallista painon nousua.

Erilaiset syömiseen liittyvät pulmat ovat osa sekä neuvolan että päivähoidon arkea. Ongelmina voivat olla muun muassa ruokahaluttomuus, valikoiva ruokailu (voi johtua myös pureskeluvaikeudesta), syömisestä kieltäytyminen, salasyöminen, liiallinen syöminen tai häiriköinti ruokailutilanteessa. Syömispulmat voivat pitkään jatkuessaan johtaa mm. syömishäiriöihin, hidastuneeseen kasvuun tai ylipainoon. Jatkuvia ruokailuun liittyviä ongelmia on noin 10 %:lla lapsista ja vähäisempiä ongelmia yli puolella lapsista. Syömispulmat alkavat leikki-ikässä ja lisääntyvät viiteen vuoteen asti. Useimmiten pulmat ovat ohimeneviä ja liittyvät lapsen psykososiaalisen kehityksen vaiheisiin. Toistaiseksi ei tiedetä, onko varhaisten ja myöhemmin esiintyvien syömishäiriöiden, kuten anoreksian ja bulimian, välillä yhteyttä. Ongelmien ehkäisyssä auttaa niiden varhainen tunnistus: kuunnellaan herkällä korvalla vanhempien pienetkin viestit ja huolenaiheet. Avun saamiselle on oltava matala kynnyks. Suurin osa lasten tavanomaisista syömispulmista korjaantuu neuvolan, päivähoidon ja vanhempien yhteistyöllä, jos ongelmiin puututaan ajoissa. Elleivät pulmat ratkea ruokailutilannetta selvittelemällä, kyse voi olla ongelmista perheen vuorovaikutussuhteissa. Tällöin on tarpeen tilanteen laajempi selvittely.

13.5 Ravitsemusohjaus neuvolassa

Neuvolan ravitsemusneuvonnan tarkoitus on turvata lapsen ja koko perheen hyvä ravitsemus. Tavoitteena on, että ruokailu on lapselle ja vanhemmille myönteinen asia ja iloinen tapahtuma, jossa terveellisyysnäkökohdat yhdistyvät makunautintoon.

Lasten ja perheiden ruokatottumuksia seurataan ja arvioidaan yhdessä perheen kanssa koko neuvolaiän ajan. Lapsen syöminen kehittyy vähitellen, iän ja taitojen lisääntyessä. Ravitsemusohjaus ajoitetaan lapsen kehitysvaiheen mukaisesti (Taulukko 4.). Kun vanhemmat oivaltavat herkästi lapsen taidoissa tapahtuvia muutoksia, he pystyvät luomaan lapselle otolliset olosuhteet harjoitteluun ja uuden oppimiseen. Etenkin ensimmäisten lasten vanhemmat tarvitsevat perustietoa lapsen ravitsemuksesta, ohjeita syömisestä opetteluun liittyvien herkkyyskausien tunnistamisessa sekä konkreettisia vinkkejä siitä, mitä lapsi eri ikäisenä voi harjoitella. Näiden asioiden käsittely on todettu hyödylliseksi myös neuvoloiden äiti-lapsiryhmissä ja ryhmäneuvoloissa.

TAULUKKO 4. Ravitsemusohjauksen keskeisin sisältö imeväis- ja leikki-iässä

IKÄKAUSI	MERKITTÄVÄÄ IKÄKAUDELLE	RAVITSEMUSOHJAUKSEN KESKEISET TEEMAT
0-4 kk	Voimakas kasvu ja kehitys Lapsen hoidon opettelu Usein pulmia ja epävarmuutta imetyksessä	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yksinomainen imetys ▪ Tehostettu imetystuki pulmatilanteissa ▪ Lapsen halun mukainen syöttäminen ▪ Tarvittaessa äidinmaidonkorvikkeen käyttö ▪ Eri syöttötavat yksilöllisesti ▪ Nopea tarttuminen pulmatilanteisiin
5-6 kk	Pulmia lisäruoan tarpeen arvioinnissa Motorinen kypsyminen lisäruokintaan Imetyksen haavoittuvuus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imetyksen jatkuvuuden turvaaminen ▪ Lisäruokien aloitus yksilöllisesti lapsen tarpeen ja valmiuksien mukaan ▪ Kiinteä lisäruoka kaikille viimeistään 6 kk:n iästä
7-9 kk	Lapsen taitojen voimakas kehitys	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruokavalion monipuolistaminen ▪ Osittaisen imetyksen tukeminen ▪ Mukiin totuttelu ▪ Ruoan karkeuttaminen ▪ Sormiruokat ja pinsettiote ▪ Siirtyminen keittiön pöydän ääreen
10-12 kk	Lapsi siirtyy perheen ruokiin Lapsi menee mahdollisesti päivähoitoon Omatoimisen syömisen opettelua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arjen aikataulu muuttuvassa tilanteessa, perheen ateriat, syömisen säännöllisyys ▪ Perheen ruoanvalmistustaidot ja -mahdollisuudet ▪ Rasvan määrä ja laatu, maitovalinnat, suolan käyttö, janojuomat ▪ Välipalat, juomat, napostelu ▪ Omatoimisen syömisen opettelua ▪ Lapsen nälkä/kylläisyysviestit ▪ Imetys/vieroitus ▪ Vieroitus tuttipullosta viimeistään noin vuoden iässä ▪ Ruokailun pelisäännöt päivähoitossa
1-3 v	Lapsi syö kaikkea ruokaa Syöminen pääosin omatoimista Uhmaikä, syömiseen liittyvät pulmat tavallisia Vaihteleva ruokahalu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perheen ruokailutilanne, ruoka-ajat ja ruokarajat ▪ Toistuva totuttaminen uusiin ruokiin ▪ Ruokailuvälineiden käytön opettelu ▪ Ruokavalion monipuolisuus, kasvisien, hedelmien ja marjojen käyttö, ruokavalion rasva ja sokeri, makeiset ▪ Välipalat, juomat, napostelu ▪ Lapsen painon kehitys ▪ Omaehtoisen liikkumisen ja toiminnan vahvistaminen ▪ Nopea puuttuminen pitkittyviin ongelmatilanteisiin
4-5 v	Lapsen oman kaveripiirin laajentuminen Kerhoikä Tovereiden vaikutus voimistuu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lapsen osallistuminen perheen aterioiden valmisteluun ▪ Välipalat, juomat ja napostelu ▪ Ruokavalion rasva, sokeri ▪ Kasvisien, hedelmien ja marjojen käyttö ▪ Lapsen oman ruokahalun säätelyn tukeminen ▪ Lapsen painon kehitys ▪ Arkiaktiivisuuteen ja liikuntaan kannustaminen ▪ Nopea puuttuminen pitkittyviin ongelmatilanteisiin
6 v	Lapsi menee esikouluun ja kouluun	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kodin pääateriat ja välipalat ▪ Lapsen omatoimisuuden tukeminen, pienet itsenäiset ruoanvalmistustehtävät ▪ Ruokavalion rasva ja sokeri ▪ Välipalat, juomat ja napostelu ▪ Lapsen painon kehitys ▪ Arkiaktiivisuuteen ja liikuntaan kannustaminen ▪ Nopea puuttuminen pitkittyviin ongelmatilanteisiin

Neuvolan terveydenhoitaja on tärkeä linkki päivähoidon ja erikoissairaanhoidon välillä. Moniongelmaisten perheiden kohdalla tarvitaan yhteistyötä myös sosiaalityön kanssa. Alueellista yhteistyötä voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja on mukana päiväkodin vanhempainillassa.

Terveydenhoitajan on hyvä pitää erilaisia ruokavalioita ja niiden vaikutuksia koskeva tietonsa ajan tasalla. Valmiuksiensa ylläpitämiseksi terveydenhoitaja tarvitsee tietoa tiedonlähteistä ja välineistä, joilla hän hankkii tietoa.

Ravitsemusohjauksen työnjako sovitaan paikallisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Pitkään jatkuneissa vaikeissa syömisiongelmissa tarvitaan ravitsemusterapeutin apua. Tämä voi varmistaa riittävän monipuolisen ruokavalion toteutumisen esimerkiksi silloin, kun lapsella on vaikea ruoka-allergia, yli- tai alipaino tai lapsi on vammainen. Ravitsemusterapeutin asiantuntemusta voidaan käyttää myös henkilökunnan koulutuksessa, ja häntä voidaan tarvittaessa konsultoida.

SUOSITUS:

Neuvolassa tuetaan vanhempia lapsen imetyksessä ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävien ruokailutottumusten luomisessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirje 17.1.2003. Dno 8/66/2002.
- Hasunen K. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 2000. 2001. Selvityksiä 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H. ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. 3. uudistettu painos. Julkaisuja 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Kasvisperheet. www.lapsiperhe.net/kasvisperheet.
- Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. 1999. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n julkaisema opas perustuu perhe- ja ratkaisukeskeiseen työotteeseen.
- Partanen R. 2002. Maahanmuuttajan ravitsemusneuvonta. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, Helsinki.

14

Muu terveyden edistäminen

14 MUU TERVEYDEN EDISTÄMINEN

14.1 Suun terveydenhoito

Suun terveys on osa lapsen kokonaisterveyttä, ja sille luodaan lapsen ensimmäisinä elinvuosina koko elämän ajan vaikuttava perusta. Jotta lasten suun terveyden edistämiseksi ja ongelmien ehkäisyssä onnistuttaisiin, tarvitaan yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Suun terveyden ylläpitämiseen tarvittavat keinot ovat yksinkertaisia: kariesbakteeritartunnan ehkäisy, suun ja hampaiden puhtaus, terveellinen ravinto sekä fluorin ja ksylitolin käyttö.

Huoltajien on tärkeää saada perustiedot suusairauksien synnystä ja ehkäisystä sekä käytännön ohjeet suun terveyden ylläpitämisestä jo ennen lapsen ensimmäisten hampaiden puhkeamista. Kasvun edetessä kulloinkin ajankohtaiset suun ja hampaiden hoitoon sekä purennan kehitykseen liittyvät asiat on hyvä ottaa neuvolakäynneillä uudestaan esille. Vaikka hammashoitohenkilöstöllä on päävastuu suun terveydenhuollosta, yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on onnistumisen edellytys. Yhteinen tavoite on tukea perhettä ottamaan vastuu kasvatuksesta, päivittäisistä rutiineista ja lapsen hyvinvoinnista. Neuvola- ja hammashoitohenkilökunnan yhteisiä koulutustilaisuuksia lisäämällä neuvonnan sisältö voidaan suunnitella siten, että eri ammattiryhmien viestit vahvistavat toisiaan.

Kariesbakteerien tartunnan ehkäisy

Erittäin tärkeää on ehkäistä mutans streptokokki -tartunta maitohampaiden puhkeamisvaiheessa. Varhaisen tartunnan on todettu lisäävän hampaiden reikiintymisen riskiä sekä maito- että pysyvissä hampaissa. Mutans-streptokokit tarttuvat syljen mukana yleensä äidiltä. Kuitenkin myös muut lasta hoitavat henkilöt, joilla on mutans streptokokkeja suussa, voivat tartuttaa lapsen. Niinpä esimerkiksi lasta syötettäessä ei ruokaa saa maistaa samalla lusikalla eikä tuttia saa nuolaista puhtaaksi ennen sen antamista lapselle. Lasta saa kuitenkin suukotella, koska tuolloin sylkikontaktin määrä on vähäinen. Käyttämällä säännöllisesti ksylitolia äiti ja muut lapsen hoitajat voivat olennaisesti vähentää tartunnan todennäköisyyttä. Kariesbakteerin tartunnan lykkääntyessä leikki-ikäen ovat ei-haitalliset bakteerit vallanneet tilaa suussa niin, että kariesbakteerin tarttuminen ja lisääntyminen ovat vaikeutuneet. Silloin mahdollisuus säilyttää terve hampaisto on oleellisesti lisääntynyt.

Myös ientulehdusta aiheuttavat bakteerit tarttuvat syljen välityksellä. Ientulehdus ilmenee ikenien verenvuotona. Hampaiden kiinnityskudosten menetystä tapahtuu yleensä vasta aikuisiässä. Vanhempia on hyvä

kannustaa hyvään suuhygieniaan ja oman suun terveyden ylläpitämiseen jo odotusaikana.

Terveellinen ruokavalio

Säännöllinen ateriarhythmi ja monipuolinen ravinto ovat perusta niin yleiselle kasvulle ja kehitykselle kuin suun terveydellekin. Ravitsemusta ja terveellisen ruokavalion merkitystä käsitellään luvussa 13. Tärkeää on, että ravitsemusongelmiin puututaan riittävän aikaisin. Koko perheen kannattaa totutella jo raskausaikana säännölliseen ateriarhythmiiin, joka parhaiten ehkäisee turhaa napostelua ja makean syömistä. Äskettäin suuhun puhjenneet hampaat eivät ole vielä saavuttaneet lopullista kovuutta ja ovat sen vuoksi erityisen alttiita reikiintymiselle.

Hampaiden puhdistaminen ja fluorin käyttö

Lapsi tarvitsee aikuisen apua hampaiden puhdistukseen. Harjaus aloitetaan ensimmäisten hampaiden puhjettua totutellen alusta lähtien kahteen harjauskertaan päivässä. Maitoposkihampaiden puhjetessa n. 1,5-vuotiaana ryhdytään lisäämään harjaan pieni sipaisu hampaita vahvistavaa fluoritahnaa. Mahdollinen muiden fluorituotteiden käytön tarve määritellään suun terveydenhuollossa.

Imemistottumukset

Rintamaito on alkuvaiheessa lapsen parasta ravintoa, ja imetys edistää suun alueen lihaksiston ja leukojen ihanteellista kehittymistä. Imemistarve on yksilöllinen. Se vähenee yleensä ensimmäisen ikävuoden lopulla hampaiden puhjetessa. Silloin on usein mahdollista luopua tutista ja tuttipullosta. Pitkittyneet tutin ja tuttipullon imemistottumukset lisäävät purentavirheiden, kuten avopurentojen ja ristipurentojen syntymistä ja saattavat ohjata leukaluiden kasvua epäedulliseen suuntaan. Valintatilanteessa tutin ja sormen imemisen välillä kannattaa kuitenkin suosia imuosaltaan litteää ja pehmeää tuttia. Tutista on helpompi päästä eroon kuin peukalosta. Äitiä voi myös kannustaa tiheämpään imettämiseen tutin käytön sijaan.

Suun terveyden edistäminen ja ongelmien tunnistaminen neuvolaikäisellä

Neuvolan terveydenhoitaja tapaa lapset säännöllisesti, jolloin hänellä on parhaat mahdollisuudet antaa suun terveyden hyvää kehittymistä edistävää tietoa lapsen vanhemmille ja löytää ne lapset, joilla suun terveyden ongelmia on havaittavissa. Nämä lapset eivät välttämättä ole käyneet hammashoidossa ja perheillä voi olla muitakin ongelmia. Terveydenhoitaja voi osana lapsen keskeisiä määräaikaistarkastuksia varmistaa lapsen suun terveyden hyvän kehittymisen. Toimintatavasta voidaan sopia terveyskeskuksen hammashoitohenkilökunnan kanssa. Liitteeseen 18 on koottu keskeisiä lapsen suun terveyden asioita, joita terveydenhoitaja

voi huomioida neuvolakäyntien yhteydessä. Tavoitteena on tunnistaa aikaisessa vaiheessa lapsen suun terveyden riskitekijät. Bakteripeitteet (plakkikerros) yläetuhampaiden pinnalla ovat merkki kohonneesta hampaiden reikiintymisriskistä. Bakteripeite on helposti havaittavissa nostamalla lapsen ylähuulta ja tarkastamalla hampaiden pintoja. Jos etuhampaiden pinnalla on selvästi havaittava plakkikerros, lapsi ohjataan viipymättä suun terveydenhuoltoon.

Hampaiden puhkeamisiässä on vaihteluita. Jos ensimmäistä hammas ei näy vielä 1.5 vuoden iässä, on suositeltavaa lähettää lapsi suun terveydenhuoltoon. Hammaslääkärille lähettäminen on tarpeellista myös, kun kasvojen ja/tai leukojen alueella on epäsymmetriaa, jotain muuta poikkeavaa, tai epäillään hampaiden kehityksen häiriötä. Yhteistyö on tarpeen myös hampaiden ja leukojen alueelle kohdistuneiden tapaturmien yhteydessä. On hyvä sopia suun terveydenhuollon henkilöstön kanssa käytännöistä, miten toimitaan tapaturman sattuessa.

Erityisryhmien huomiointi

Suusairauksien riski on lisääntynyt lapsilla, joilla on pitkäaikainen sairaus, toistuvia infektioita tai kehitysvamma. Lääkkeet voivat lisätä suusairauksien riskiä esimerkiksi vähentämällä syljen erityystä. Riskiryhmiä ovat lisäksi psykososiaalisista ongelmista kärsivien, moniongelmaisten perheiden lapset, nuorten tai hammashoitopelkoisten vanhempien sekä maahanmuuttajaperheiden lapset. Osa näihin ryhmiin kuuluvista lapsista jää helposti säännöllisen hammashuollon ulkopuolelle. Perheen voimat voivat kulua monien muiden ongelmien hoitoon, tai hampaiden hoitoon suhtaudutaan välinpitämättömästi.

Erityisryhmien lapset perheineen käyttävät usein runsaasti muita terveyspalveluja. Hyvällä yhteistyöllä ja tiedonvälityksellä terveydenhuollon eri ammattilaisten välillä nämä lapset voidaan saattaa myös suun terveydenhuollon piiriin. Siellä nämä lapset ja heidän perheensä voivat saada erityistä tukea ja neuvontaa sekä tehostettua ehkäisevää ja tarvittaessa korjaavaa hammashoitoa. Jatkuva ja pitkäaikainen hoitosuhde sekä moniammatillinen yhteistyö ovat usein edellytyksiä onnistuneelle hoidolle.

SUOSITUS:

Neuvolassa annetaan suun terveyteen liittyvää terveysneuvontaa yhdessä suun terveydenhuoltoyksikön kanssa. Neuvolassa on kirjalliset ohjeet suun terveyteen liittyvästä neuvonnasta ja suun terveyden ongelmien tunnistamisesta.

Lasten suun terveydenhoito säännöllisten neuvolakäyntien yhteydessä (Liite 18). Lisätietoa voi hakea mm. Mannerheimin Lastensuojeluliiton julkaisemista opaslehtisistä.

14.2 Tapaturmien ehkäiseminen

Tapaturmat aiheuttavat lapsille vuosittain noin 8 000 sairaalahoitokertaa. Lisäksi joka kymmenes lapsi käy tapaturman vuoksi lääkärillä vuosittain. Vakavien tapaturmien määrä näyttää laskevan ja lievempien pysyvän suunnilleen ennallaan.

Tapaturmakuolleisuus on vähentynyt voimakkaasti vuoteen 2001 asti. Vuonna 2002 kuoli 31 alle 10-vuotiasta lasta tapaturmaisesti. Heistä 18 oli alle 5-vuoden vanhoja. Tämän ikäisten lasten kuolemaan johtavat tapaturmat aiheutuvat useimmiten hukkumisista ja liikenteestä. Poikien tapaturmat ovat kaksi kertaa tyttöjen tapaturmia yleisempiä.

Tällä hetkellä olemme Suomessa tilanteessa, jossa ei ole osoitettavissa sellaisia yksittäisiä toimenpiteitä tai lainsäädännön muutoksia, joilla voitaisiin ratkaisevasti vähentää lasten tapaturmia. Tapaturmien ehkäisyyn liittyvä neuvonta lastenneuvoloiden terveystarkastuksissa ja vanhempain ryhmissä on tärkeä perusinformaatio vanhemmille lasten turvallisuudesta huolehtimiseksi. Vanhempien tulisi seurata lapsen kasvua ja kehitystä sekä tuntea eri vaiheisiin liittyvät tapaturmien ehkäisykeinot. Koska lapsi kasvaa nopeasti, myös vaaratilanteet muuttuvat. Alle 3-vuotiaitten lasten tapaturmista valtaosa sattuu kodin sisätiloissa. 4-vuotiaasta lähtien ulkona sattuneiden tapaturmien osuus kasvaa.

Pieni lapsi ja turvallinen koti

Terveystarkastajan tulee kotikäynnillään arvioida kodin turvallisuutta lapsen kannalta ja kiinnittää vanhempien huomiota sellaisiin havaitsemiinsa seikkoihin, joita korjaamalla lapsen turvallisuutta voidaan parantaa.

Vauvaikäisen turvallisuus merkitsee hyvää perushoitoa. On tärkeää, että käytetään turvallisia lastenhoitotarvikkeita (tutit, sängyt, lastenvaunut, syöttötuolit), ja ettei vauvaa jätetä pitkäksi aikaa valvomatta. Yleisiä tapaturmavaaroja pienokaiselle ovat putoamiset (mm. hoitopöydältä), palovammat (mm. ruokapöydän kuumat juomat ja ruuat) ja vierasesineet hengitysteissä. Oraalisessa kehitysvaiheessa lapsi laittaa kaiken suuhunsa. Siksi vanhempien on huolehdittava, ettei lapsen ulottuvilla ole vaarallisia ainesosia sisältäviä materiaaleja, kuten vaarallisia kemikaaleja, paristoja, lääkkeitä, vitamiineja, tupakkaa tai nikotiinipurukumia. Myrkytyksen aiheuttamia kuolemantapauksia ei ole lapsille sattunut viime vuosina, mutta myrkytystilanteita kodeissa syntyy kuitenkin usein. Myrkytystietokeskukseen vuonna 1999 tulleista 37 200 puhelusta 15 030 koski alle kuusivuotiaiden lasten myrkytyksiä. Keskuksen tilastojen mukaan tupakan syöminen on tavallisimpia pikkulasten myrkytystapaturmia.

Kun lapsi lähtee liikkumaan, vanhempien on huolehdittava siitä, että koti on mahdollisimman turvallinen.

Tärkeää on huolehtia siitä, että lapsi ei:

- putoa korkealta
- saa vakavia palovammoja

- laita suuhunsa myrkyllisiä aineita
- vahingoita itseään terävillä esineillä

Minkälaisia turvalaitteita kotiin tulisi hankkia, riippuu asuntotyypistä ja tilaratkaisuista. Seuraavilla tuotteilla on kiistaton hyöty lapsen turvallisuudelle:

- liesisuoja; pistorasioiden suojatulpat, ellei asunnossa ole valmiina turvasuojattuja pistorasioita,
- lukittava lääkekaappi; porrasveräjä, jos kodissa on sisäportaat.

Turvallisuusnäkökulma on otettava huomioon myös hankittaessa lapselle leluja.

Lasten turvallisuus ulkona

Lasten kuolemaan johtaneet tapaturmat ja vakavat loukkaantumiset sattuvat pääsääntöisesti ulkotiloissa. Liikenteessä loukkaantuu vajaa tuhat alle 15-vuotiasta lasta vuodessa. Lapset matkustavat autossa nykyään yleisesti turvallisesti kiinnitettyinä. Hukkumiset ovat lasten toiseksi yleisin tapaturmaisen kuoleman syy. Suuri osa pienten lasten hukkumisista sattuu kesällä rantaleikeissä sekä kevään ja syksyn heikoilla jäillä kodin läheisyydessä

Kun lapsen leikit siirtyvät pihapiiriin, on syytä tarkastaa ympäristön turvallisuus. Kaupunkipihoilla vaaratilanteita aiheuttavat autojen huoltoajo ja parkkipaikkaliikenne. Pihojen ulkoleikkivälineiden tyypillisimpiä puutteita ovat niiden kovapintaiset alustat ja huoltotoimien laiminlyönti. Maaseudulla lasten ympäristöt ovat monipuolisia virikkeitä antavia. Pihapiirissä lapsille voivat kuitenkin aiheuttaa vaaroja esimerkiksi työkoneet, työkalut, maatalan kemikaalit, eläimet, jokien ja järvien rannat sekä kaivot.

Lasten turvallisuuden kannalta keskeistä on riittävä valvonta ja neuvonta. Vanhemmat kokevat vaikeaksi päättää, missä iässä lapsi voi leikkiä yksin tai kavereidensa kanssa. Yksiselitteisiä ratkaisuja ei ole, fyysisen ympäristön ehdot on otettava huomioon. Tapaturmien ehkäisyn lisäksi vanhempia on opastettava varautumaan tarkoituksenmukaisen ensiavun antoon.

SUOSITUS:

Neuvolassa ohjataan vanhempia ehkäisemään lasten tapaturmia ikätason mukaisesti sekä hankkimaan tarvittavia turvalaitteita ja ensiaputaitoja.

Suosittelavaa kirjallisuutta ja muita tiedonlähteitä:

Hoppu K, Pohjalainen T, Taalikka P (toim.) 2002. Lasten myrkytykset. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kotitapaturmien ehkäisykampanja: www.kotitapaturma.fi. Sivuilta voi tilata maksutonta aineistoa mm. kodin turvallisuuden tarkastuslistan.

Kotiympäristö turvallisiksi. Opas koulutus- ja neuvontatyötä tekeville. 2001. Kotitapaturmien ehkäisykampanja.

Lasten tapaturmien maksullista ehkäisyaineistoa voi tilata Suomen Pelastusalan Keskusjärjestöltä: www.spek.fi.
Liikenneturvallisuuteen liittyvää tietoa: www.liikenneturva.fi.
Myrkylliset kasvit: www.hus.fi -> Myrkytystietokeskus.
Tietoa ensiavusta Suomen Punaiselta Ristiltä: www.redcross.fi.
Turvassa tapaturmilta. Lasten ikävaiheittaiset (1/2-vuotias – 6-vuotias) esitteet saatavana Lastensuojelun Keskusliitosta: www.lskl.fi.

14.3 Lapsen ja perheen liikunta

Pieni lapsi liikkuu normaalisti runsaasti ja purkaa näin luontaista energiaansa. Liikunnan merkityksestä ihmisen terveydelle elämäkulun kaikissa vaiheissa on kertynyt vahvaa tutkimusnäyttöä. Lapsuudessa liikunta tukee tervettä kasvua ja kehitystä sekä edistää hyvinvointia.

Liikkumalla lapsi oppii motoristen taitojen lisäksi tasapainon ylläpitämisessä ja välineiden käsittelyssä tarvittavia sekä muita toimintakyvyn kannalta tärkeitä taitoja. Liikunta voi välillisesti edistää lapsen tiedollista, sosiaalista sekä tunteiden ja tahdon kehitystä. Siten liikuntataidoilla on suuri merkitys myös lapsen minäkuvan ja itseluottamuksen kehittymiselle. Lisäksi säännöllinen liikunta ehkäisee ylipainon kehittymistä ja vähentää monien sairauksien riskiä.

Jo alle kouluikäisten lasten fyysisessä aktiivisuudessa on tunnistettu yksilöllisiä ja sukupuolittaisia eroja. Esimerkiksi kuusivuotiaat pojat ovat tyttöjä aktiivisempia. Passiivisuus on suhteellisen pysyvä käyttäytymismuoto. Siksi vähän liikkuvien lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaa koskeviin asenteisiin tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota jo ennen kouluikää sekä neuvolassa että päivähoidossa. Iloiset ja monipuoliset liikuntakokemukset lapsuusiässä luovat edellytyksiä elinikäiselle liikuntaharrastukselle. Myönteisiä kokemuksia voi saada erilaisista leikeistä, peleistä ja perheen yhteisistä liikuntaharrastuksista. Liikunnan tarpeensa tyydyttänyt lapsi nukkuu yleensä riittävästi ja rauhallisesti. Sen sijaan vilkas lapsi, jolla ei ole mahdollisuuksia energian purkamiseen, turhautuu ja alkaa käyttäytyä häiritsevästi.

Erityisen paljon liikunnasta hyötyvät motorisista ongelmista kärsivät lapset, joita on 4–5-vuotiaista lapsista arviolta 5–10 %. Motoriset ongelmat liittyvät usein kouluikässä esiin tuleviin oppimisvaikeuksiin, ja ne ovat varsin pysyviä. Liikuntaa onkin syytä käyttää nykyistä enemmän lapsen kokonaiskehityksen tukemiseen. Lapsille, joilla on erilaisia oppimis- tai käyttäytymishäiriöitä tai motorisia ongelmia, tulisi olla tarjolla riittävästi ammattitaitoisesti ohjattua liikuntaa.

Vanhempien tärkeä tehtävä on tukea lapsensa kehitystä luomalla hänelle monipuolisia mahdollisuuksia toteuttaa luontaista liikkumishaluaan ja toimia itse tämän toiminnan hienovaraisena taustatukena, ohjaajana ja mallina. Tämä edellyttää muun muassa, että lapsille on tarjolla riittävästi virikkeellisiä ja turvallisia pihvoja ja muita leikkipaikkoja lähiympäristös-

sä. Koska lapsen tottumukset kehittyvät osana perheen tottumuksia, on toivottavaa, että liikkumisesta muodostuu myönteinen yhdessäolohetki mahdollisimman monelle perheelle. Vanhempien antama malli vaikuttaa myös lapsen arkiliikuntaan, kuten portaiden nousemiseen hissien asemesta, kävelemiseen autoilun sijasta jne.

Lapsen ja hänen perheensä liikunnan edistämiseksi tarvitaan omaehtoista ja ohjattua liikuntaa sekä eri tahojen yhteistyötä kunnassa. Lähes puolet lapsista on päivähoiton piirissä, missä mahdollisuudet edistää lapsen leikkiä ja liikuntaa ovat erinomaiset. Perhepalveluverkoston yhteistyö kunnan liikuntatoimen kanssa on mitä suotavinta.

Neuvolassa on hyvä kiinnittää huomiota lasten liikkumiseen ja siinä mahdollisesti ilmeneviin pulmiin ja ohjata vanhempia yksilöllisesti. Jotkut lapset ja perheet voivat tarvita sekä rohkaisua liikuntaan että tietoa liikunnan merkityksestä lapselle. Myös tietoa lapsen ikäkauteen soveltuvista liikuntamuodoista, -mahdollisuuksista ja välineistä saatetaan tarvita. Toisia perheitä voi olla tarpeen hillitäkkin, esimerkiksi jos vanhemmat vievät lasta kovin aikaisin rasittaviin ohjattuihin liikuntamuotoihin.

SUOSITUS:

Neuvolassa kiinnitetään aktiivista huomiota lapsen ja hänen perheensä liikuntaan ja liikuntamahdollisuuksiin esimerkiksi keskustelemalla lapsen ja hänen perheensä liikuntatottumuksista ja kiinnostuksen kohteista osana neuvolan määräaikaistarkastuksia. Tavoitteena on, että lapset löytävät heitä kiinnostavia liikuntatapoja ja omaksuvat fyysisesti aktiivisen elämäntavan lapsuudesta lähtien.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Arvonen S. 2004. Porukalla. Perheliikuntaohjaajan käsikirja. Suomen Latu.

Arvonen S. 2004. Perheliikunnan ohjaajan opas. Perheliikuntatyöryhmä, Suomen Latu.

Numminen P. Millainen merkitys liikunnalla on varhaislapsuudessa? Teoksessa Miettinen M. (toim.) 2000. Haasteena huomisen hyvinvointi. Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö, Jyväskylä, 49-53.

Sääkslahti A, Numminen P, Raittila P, Paakkunainen U & Välimäki I. 2000. 6-vuotiaiden fyysinen aktiivisuus. Liikunta ja tiede, 37, 6, 19.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. 2001. Komiteamietintö 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä. 2002. Esitteitä 2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

14.4 Vanhempien ja lasten seksuaalinen terveys

Ks. myös luvut 6 ja 16.7.

Seksuaalisuus on keskeinen osa hyvin toimivaa parisuhdetta ja ihmisen hyvinvointia. Raskaus, synnytys ja lasten syntymän jälkeinen aika muuttavat parisuhdetta ja sen myötä seksuaalisuutta. Osalle nämä ajanjaksot saattavat aiheuttaa ongelmia, joiden syntyä voitaisiin ehkäistä tai vaikutuksia lievittää ajoissa saadun tiedon ja keskustelumahdollisuuksien avulla. Seksi on vain osa ihmisen seksuaalisuutta, mutta jos raskaus ja sen jälkeinen aika vaikuttavat hyvin kielteisesti naisen ja miehen seksielämään, voi parisuhde vaarantua.

Heti synnytyksen jälkeen yhdynnät eivät aina kiinnosta naista, koska hän on väsynyt, ja lapsen hoito voi aiheuttaa jännitystä ja uupumusta. Hankaluutta aiheuttavat välilihan leikkaus ja myös hormonaaliset muutokset. Kiinnostus seksiin ja halujen herääminen lapsen syntymän jälkeen ovat hyvin yksilöllisiä asioita. Seksuaalinen halukkuus voi vaihdella myös miehillä. Yhdynnät voivat synnytyksen jälkeen olla kivuliaita emättimen limakalvojen kuivuuden vuoksi. Jos tilanne jatkuu pitkään, liukastusvoiteiden käytöstä voi olla apua. Synnytyksen jälkeen on hyvä muistuttaa ehkäisyn tarpeellisuudesta, sillä tutkimusten mukaan raskauden keskeytyksiä tehdään keskimääräistä enemmän 6–8 kk:n kuluttua synnytyksestä (Vikat ym. 2002). Lantionpohjan lihasten vahvistaminen hyödyttää seksielämää ja ehkäisee myöhempää virtsankarkailua. Myös muut elämänaalueet heijastuvat parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen samoin kuin puolisoiden valmiudet keskustella toisiinsa kohdistamista odotuksista ja perheen elämästä yleensä. Parisuhteen vaaliminen sekä suhteeseen liittyvä hellyys ja läheisyys ovat avainasioita onnistuneessa seksielämässä. Kun vanhempien suhde toimii, lapsikin voi yleensä hyvin.

Lapsen seksuaalisen kehityksen vaiheet myötäilevät lapsen psykososiaalisen kehityksen vaiheita. Turvallinen ja hyvä suhde omiin vanhempiin muokkaa lapsen kuvaa itsestään, omasta kehostaan ja sukupuolisuudestaan. Tasapainoisen tunne- ja seksuaalinelämän kehittymisen kannalta keskeisinä vaiheina pidetään perusturvallisuuden syntymisen vaihetta sekä siisteys- ja itsenäistymisvaihetta. Siisteyskasvatukseen tulee olla sallivaa, kannustavaa ja palkitsevaa. Leikki-ikässä lapsi yleensä rakastuu johonkin lähipiiriin aikuiseen; tytöt aikovat mennä naimisiin isän kanssa ja pojat äidin. Voidakseen rakentaa itselleen myönteisen seksuaalisen identiteetin lapsi tarvitsee samastumiskohteen. Kaikissa perheissä ei ole molempia vanhempia, tällöin korostuu muiden läheisten ihmisten merkitys samastumismalleina. Sukupuoliroolin omaksumiseen vaikuttavat aikuisten mallien lisäksi tarinat ja media. Leikeissä on tärkeä kokeilla erilaisia roolimalleja. Samalla lapsi arvioi omaa sukupuoltaan ja tyttöinä/poikana olemisen hyvyttä. Läheisten aikuisten suhtautumisella

ja perheen vuorovaikutusmalleilla on keskeinen merkitys. (Cacciatore 2002.)

Samoihin aikoihin lapsi kiinnostuu alkuperästään: mistä vauvat tulevat, miten tytöt ja pojat eroavat toisistaan. Lapsi löytää omat sukupuolielimensä ja niiden koskettelun tuoman nautinnon usein viisivuotiaana. Lapselle sukupuolielimet ovat tasavertainen kehonosa muiden osien kanssa, hän voi olla niistä hyvin ylpeä eikä tunne niistä häpeää. (Brandt ym. 2001.) Lapsi opettelee yhteisön sääntöjä. Itseen tutkiskelevaa lasta voidaan sallivasti opastaa, ettei ole tapana kosketella sukuelintä julkisesti, mutta jokainen saa kosketella kehoaan yksin ollessaan. (Cacciatore 2002.)

Terveydenhoitajan ja lääkärin tehtävänä on ottaa lastenneuvolassa esille lapsen seksuaalinen kehitys. On myös hyvä keskustella vanhempien kanssa heidän niin halutessaan heidän omasta ja parisuhteen seksuaalisuudesta. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kertominen ja asiantiedon antaminen ennakoivasti auttavat monia vanhempia. Voi olla tarpeen keskustella myös mahdollisista pulmista. Tarvittaessa ohjataan muille asiantuntijoille. Vanhempien oma hyvinvointi, asenteet, toiminta ja mallit ihmissuhde- ja sukupuolikysymyksissä vaikuttavat lapseen ja siihen, miten tämä myöhemmin elämässään seksuaalisuuden kokee.

Lapsen turvallisuuden kannalta voi olla tarpeellista ottaa esille myös lapsen oikeus koskemattomuuteen ja ohjata vanhempia kasvattamaan lastaan seksuaaliseen itsemääräämiseen. Sukupuolielinten alueet ovat sellaisia, joista lapsi päättää itse, eikä kenelläkään ole oikeutta vaatia niitä nähtäväksi tai kosketeltavaksi.

Työntekijän suhtautuminen omaan seksuaalisuuteensa vaikuttaa kykyyn keskustella asiakkaiden kanssa. Lisäksi tarvitaan hyvät seksuaalisuutta koskevat tiedot, jotta pystyy ohjaamaan muita. Kirjallisuus, täydennyskoulutus, työnohjaus ja keskustelu aiheesta työyhteisössä antavat lisävalmiuksia. Ammattikorkeakoulut, erityisesti Jyväskylän ammattikorkeakoulu, ja alan järjestöt (mm. Väestöliitto ja Sexpo-säätiö) järjestävät seksuaalisuutta käsittelevää koulutusta ja kehittävät siihen liittyvää aineistoa.

SUOSITUS:

Neuvolassa keskustellaan lapsen seksuaalisesta kehityksestä osana kokonaiskehitystä ja ollaan valmiita keskustelemaan vanhempien kanssa myös seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä parisuhteessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta ja muita tiedonlähteitä:

Brandt P, Korteniemi-Poikela E & Cacciatore R. 2001. Lasten ja nuorten seksuaalisen kehityksen tukeminen lasten sairaanhoidossa seksuaalisuuden portaiden avulla. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikka. Saatavissa Internetistä 28.1.2004: www.seksuaaliterveys.org/artikkelit.

Keski-Suomen Seksuaaliterveyden osaamiskeskus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Keskussairaalan tie 21 E, 40620 Jyväskylä. S-posti: seksologia@jypoly.fi. Kotisivut: www.jypoly.fi/sote. Osaamiskeskus järjestää seksuaaliterveyttä

- käsittelevää koulutusta ja julkaisee Seksuaaliterveys-nimistä verkostolehteä, joka on verkoston jäsenille maksuton.
- Kontula O & Lottes I (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi, Tampere.
- Lajunen K & Kemppainen K. 2004. Lasten Turva Taito - väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisyohjelma. Teoksessa: Kosunen E & Ritamo M. (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Raportteja 282. Stakes, Helsinki, 174-184.
- Nurmi T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Julkaisuja 13. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Suomen Seksologisen Seuran kotisivuilta (www.seksologinenseura.net) löytyy bibliografia Suomessa julkaistusta seksologisesta ammattikirjallisuudesta, alan asiantuntijaluettelo sekä tietoa alan koulutuksesta.
- Vauvasta naperoiseksi. 2001. Cacciatore R ja Korteniemi-Poikela E. Väestöliitto, Helsinki. *Vihkonen pienten lasten seksuaalikasvatuksesta kodeissa, neuvoloissa ja päivähoitopaikoissa.*
- Vekara-vihkonen. 1998. Väestöliitto, Helsinki. *0–3-vuotiaiden vanhemmille tarkoitettu vihkonen sisältää ohjeita ja vinkkejä siitä, kuinka voi elää perheessä nauttien sekä vanhemmuudesta että parisuhteesta.*

14.5 Vanhempien tupakointi

Alle kouluikäisten lasten vanhemmat tupakoivat arviolta saman verran kuin koko väestö: naisista tupakoi noin 20 % ja miehistä 28 % (Helakorpi ym. 2003). Raskauden aikana naisista tupakoi noin 15 % ja tupakoivien naisten puolisoista 70 %. Raskaana olevista vähemmän koulutetut tupakoivat enemmän kuin pitkän koulutuksen saaneet, ja yksinhuoltajat enemmän kuin parisuhteessa elävät. Itä- ja Pohjois-Suomessa odottavat äidit tupakoivat runsaammin kuin muualla Suomessa. Ongelma on erityisesti nuorten äitien, sillä alle 19-vuotiaista raskaana olevista 37 % tupakoi, ja 20–24-vuotiaista vastaavasti 23 %. (Jaakkola 2002.)

Nuorten naisten lisääntynyt tupakointi saattaa nostaa myös raskaana olevien ja pienten lasten vanhempien tupakointilukuja. Rasittavat ja kuormittavat elämäntilanteet lisäävät nuorten ja naisten tupakointia (Rimpelä ym. 1997). Osa raskauden aikana tupakoinnin lopettaneista aloittaa tupakoinnin uudelleen lapsen synnyttyä. Se on todennäköisempää, jos lopettamisen peruste on ollut lapsen terveys eikä oma terveys.

Odotus- ja imetyksen tupakointi sekä tupakan savu aiheuttavat lapselle terveyshaittoja

Äidin tupakointi odotusaikana lisää lapsen riskiä pienipainoisuuteen, enenaikaiseen synnytykseen ja kätkytkuolemaan. Vanhempien tupakointi jo raskausaikana lisää lapsen riskiä sairastua astmaan. Tupakan lähes kaikki myrkylliset ainesosat läpäisevät istukan ja altistavat näin sikiön. Nikotiini supistaa kehittyvän sikiön verisuonia ja hidastaa aivojen kasvua ja kehitystä. Aivohaitat voivat ilmetä lapsen oppimis-, puhumis- ja kehitysvaikeuksina. (Patja & Haukkala 2004.)

Imettävällä äidillä tupakan nikotiini ja sen hajoamistuote, kotiini, kulkeutuvat maitoon ja edelleen maidon mukana vauvan elimistöön. Pitoisuudet maidossa voivat olla moninkertaiset verrattuna pitoisuuksiin äidin veressä, ja ne nousevat tupakoinnin määrän myötä. Äidin tupakointi altistaa lasta myös tupakan syöpää aiheuttaville aineille ja raskasmetalleille, esimerkiksi kadmiumille.

Imetyksenaikainen tupakointi lisää selkeästi lapsen riskiä sairastua toistuviiin ylähengitystietulehduksiin. Myös astmariski kasvaa. Tupakointi altistaa siten lasta myöhemmin ilmeneville, vaikeillekin kroonisille sairauksille.

Äidin imetyksenaikainen tupakointi voi lisätä lapsen riskiä koliikki-vaivoille ja unihäiriöille sekä aiheuttaa lapselle pahoinvointia, vatsakipuja ja ripulia. Rungas tupakointi voi myös vähentää maidontuloa. Tupakoivat äidit imettävät keskimäärin selvästi lyhyemmän ajan kuin ei-tupakoivat. Tupakoivan äidin rintamaito on ravintosisällöltään köyhempää kuin tupakoimattoman maito. Esimerkiksi C-vitamiinipitoisuus jää puoleen tupakoimattoman naisen äidinmaidon C-vitamiinipitoisuudesta.

Noin 7 % alle 15-vuotiaista lapsista altistuu kotona tupakansavulle. Savu lisää lapsen alttiutta sairastua hengitystieinfektioihin, kuten korvatulehduksiin, keuhkoputkentulehdukseen ja keuhkokuumeeseen. Vanhempien tupakointi lisää lapsen riskiä sairastua astmaan. Astmaa jo sairastavan lapsen tautia vanhempien tupakointi voi pahentaa. Tupakansavulla näyttää olevan myös merkittävä keuhkofunktiota alentava vaikutus. (Tieteellinen perustelukatsaus tupakansavun...2000.)

Tupakoinnin lopettaminen ja sen haittojen vähentäminen

Neuvolassa tulisi kiinnittää huomiota äidin ja isän tupakointiin. Vanhemmilta tiedustellaan heidän tupakointiaan silloin kun se tuntuu luontevalta, kuitenkin vähintään kerran vuodessa. Tupakoiville vanhemmille kerrotaan tupakoinnin haitoista uusimpien tutkimustulosten mukaisesti ja suositellaan molemmille tupakoinnin lopettamista. Tilanne kirjataan. Ohjauksessa tarvitaan hienotunteisuutta ja kykyä ymmärtää vanhempien elämäntilannetta.

Osa tupakoivista vanhemmista kykenee luopumaan tupakoinnista oma-aloitteisesti, mutta monelle se on voimakkaan nikotiiniriippuvuuden vuoksi erittäin hankalaa. Jotkut tarvitsevat 3–4 yritystä päästäkseen tupakasta eroon. Lopettamista kannattaa seurata ja tukea vanhempia tupakoimattomuuteen. Positiivisella palautteella on suuri merkitys. Vieroitushoidoilla voidaan auttaa monia tupakoijia. Etenkin astmaa ja toistuvia infektioita sairastavien lasten vanhempia kannattaa ohjata vieroitukseen. Päävastuu tupakoinnista vieroittamisesta, esimerkiksi vieroitusryhmien järjestämisestä on terveyskeskuksella.

Jos imettävä äiti ei pysty lopettamaan tupakointia, tulee häntä kuitenkin ohjata tupakoinnin vähentämiseen ja ajoittamiseen siten, että rintamaitoon erittyisi mahdollisimman vähän nikotiinia. Rintamaidon nikotiinimäärä puolittuu 1,5 tunnissa, joten äidin tulisi olla tupakoimatta ainakin 2,5–3 tuntia ennen imetystä. Mitään varmoja turvallisuusrajoja ei kuitenkaan ole olemassa, koska äitien tupakointitavat vaihtelevat.

Joissakin tilanteissa voi tulla kyseeseen nikotiinikorvaushoito äidin tupakoinnin lopettamisen tukena. Tällöin on hyvä muistaa, että korvaushoito yhdessä tupakoinnin kanssa voi aiheuttaa hyvinkin korkeita nikotiinipitoisuuksia äidin elimistöön ja edelleen maitoon. Tällaista yhdistelmää on siis ehdottomasti vältettävä. Jos äiti käyttää kerta-annoshoitoa (purukumi, suihke), suositellaan kahden – kolmen tunnin taukoa imetyksessä. Laastarikorvaushoito ei ole este imetykselle. Nikotiinipitoisuus äidin seerumissa ja maidossa jää alhaisemmaksi, eikä altistusta tupakan mukana saataville muille haitallisille yhdisteille synny. Korvaushoitoa tulisi kuitenkin käyttää vain niissä tilanteissa, joissa vieroitus tupakasta ei muuten onnistu.

Ellevät vanhemmat pysty lopettamaan tupakointia, korostetaan lapsen oikeutta puhtaaseen hengitysilmaan ja kerrotaan tupakansavun terveydellisistä haitoista. Tavoitteeksi on perusteltua asettaa, että vanhemmat eivät tupakoi sisätiloissa, eivät myöskään autossa eivätkä yleensäkin lapsen läsnäollessa. Perhepäivähoidossa olevan lapsen vanhempia ohjataan keskustelemaan samojen periaatteiden noudattamisesta lapsen ollessa hoidossa. Tupakkalainsäädäntö kieltää tupakoinnin mm. päiväkodeissa, mutta kiello ei vielä koske perhepäivähoitoa. Keskusteluun kannattaa ottaa myös vanhempien mallin vaikutus lapsen tupakoinnin aloittamiseen myöhemmin. Vanhempien tupakoinnin lopettaminen vähentää lasten ja nuorten tupakoinnin aloittamista.

SUOSITUS:

Neuvolahenkilöstö ohjaa tupakoivia vanhempia tupakoinnin lopettamiseen tai lasta mahdollisimman vähän vahingoittavaan tupakointiin Käypä hoito -suosituksen mukaan. Henkilöstöllä on ajantasaiset tiedot oman kuntansa vieroituspalveluista, nikotiinikorvaushoidon periaatteista sekä tupakoinnin vaikutuksista vanhempien ja lasten terveydelle.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Huovinen M. 2004. Tupakka. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Patja K & Haukkala A. 2004. Tupakkakertomus 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Helsinki.
- Savuton koti. 2001. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lehtinen.
- Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito -suositus 2002. Duodecim 2002, 118(24), 2578-87. (www.duodecim.fi/kh)
- Vierola H. 2002. Tupakoitsijan oikeus hyvään terveysvalistukseen. Terveyskasvattajan kymmenen kuolemansyntiä. Terveystieteitä 4-5, 44-45.

14.6 Vanhempien alkoholinkäyttö

Sekä naisten että miesten alkoholinkäyttö on viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana lisääntynyt. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 18-vuotiaiden tyttöjen ja poikien alkoholinkäyttö on jokseenkin yhtä yleistä.

Koska alkoholihaitat kasvavat, terveydenhuollossa joudutaan lisäämään alkoholiongelmien ehkäisyyn, varhaiseen toteamiseen ja varhaiseen puuttumiseen tähtäävää toimintaa. Ihmisiä autetaan tunnistamaan ja tiedostamaan oman alkoholinkäyttönsä riskitaso aivan kuten verenpaineen osalta menetellään.

Itsetarkkailun edistäminen

Vanhempien alkoholinkäyttöä suositellaan neuvolassa tarkasteltavaksi neutraalisti, ensisijaisesti terveystarkastuksenä. Vanhempien on hyvä pohtia alkoholinkäyttöä lasten ja perheen elämäntilanteen näkökulmasta. Useimmissa perheissä alkoholinkäyttötottumukset muuttuvat raskauden aikana, kun lähes kaikki äidit lopettavat alkoholinkäytön tai vähentävät sitä. Tämä antaa hyvän lähtökohdan vanhempien elämäntapojen tarkastelulle myös lapsen syntymän jälkeen. Neuvolassa voi keskustella siitä, miten herkästi lapset aistivat vanhempien alkoholinkäytön. Puheen ja toiminnan kautta aikuiset luovat lapsilleen alkoholiin liittyviä ajattelu- ja toimintatapoja.

Vanhemmilla saattaa esiintyä alkoholin käytön vähättelyä tai kieltämistä. Neuvolan käytettävissä on työvälineitä, esimerkiksi mini-interventio. Sillä tarkoitetaan pientä puuttumista, jonka avulla edistetään asiakkaan itsetarkkailua ja otetaan alkoholinkäyttö aktiivisesti puheeksi. Tavoitteena on, että kaikkia vanhempia rohkaistaan alkoholinkäytön itsetarkkailuun. Kymmenen henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä -lomakkeen (nk. AUDIT-lomake) avulla vanhemman on helppo itse arvioida alkoholin käyttöönsä ja siihen mahdollisesti liittyviä riskejä. Riskikäytön rajoiksi määritellään terveellä, keskikokoisella miehellä 24 annosta viikossa ja seitsemän annosta kerrallaan sekä vastaavasti naisella, joka ei ole raskaana tai suunnittele raskautta, 16 annosta viikossa ja viisi annosta kerrallaan. Riskirajat eivät kuitenkaan ole turvarajoja, sillä yksilötasolla vähäisempäänkin juomiseen saattaa liittyä riskejä. Vanhempien on tärkeä arvioida haittoja etenkin lapsen näkökulmasta. Tuloksista keskustellaan tarvittaessa yhdessä työntekijän kanssa. Jatkuva päivittäiskäyttö tai toistuva humalahakuinen juominen viikoittain (viisi tai useampia annosta kerrallaan) ovat kuitenkin aina peruste neuvonnalle. Neuvonta on aina tilannekohtaista ja yksilöllistä: vanhemmalle kerrotaan alkoholinkäytön merkityksestä terveydelle ja lapsen kanssa toimimiselle, häntä motivoidaan vähentämään alkoholinkäyttöä ja annetaan hänelle kirjallisia ja suullisia ohjeita. Pelkkä alkoholinkäytön puheeksi ottaminen tavallisten vastaanottokäyntien yhteydessä voi vaikuttaa asiakkaan alkoholinkäyttöä vähentävästi.

Odotusajan alkoholinkäytön vaikutukset lapseen

Hedelmällisessä iässä olevien naisten alkoholinkäyttö Suomessa on voimakkaasti lisääntynyt. Vuonna 2000 alle 10 % ilmoitti olevansa raittiita ja erityisesti nuorilla naisilla humalahakuinen juominen on yleistynyt.

Arviolta 1–3 % raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia ja vajaa kymmenen prosenttia käyttää alkoholia raskauden aikana useammin kuin yksi annos/viikko. Turvallista rajaa raskaudenaikaiselle alkoholinkäytölle ei tunneta ja tämän vuoksi suositellaan alkoholinkäytön välttämistä raskauden aikana.

Sikiöaikainen alkoholi-altistus voi johtaa niin laajuudeltaan kuin vaikeusasteeltaan hyvin monimuotoiseen oireyhtymään ja käytössä oleva diagnoositermistö on varsin kirjava. Fetaali-alkoholisyndroma eli FAS tarkoittaa, että lapsella todetaan sekä tyypilliset kasvopuutteet, kasvuhäiriö että keskushermoston pysyvä toimintahäiriö. Kun lapsella todetaan vain kaksi edellisistä oireista, käytetään diagnoosia osittainen FAS tai FAE (fetal alcohol effects). Jos lapsella on vain keskushermoston toimintahäiriö ilman ulkoisia tunnusmerkkejä ja kasvuhäiriötä, käytetään diagnoosia ARND (alcohol related neurodevelopmental disorder). Näille kaikille tilanteille yhteisenä nimityksenä on sovittu käytettäväksi FASD (Fetal alcohol spectrum disorder) -termiä, joka siis kattaa kaikki sikiöaikaisen alkoholin aiheuttamat vauriot.

Raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana humalahakuiseen alkoholinkäyttöön liittyy lähes minkä tahansa elimen epämuodostuman riski. Sikiön elimet muodostuvat ajankohtana, jolloin nainen ei välttämättä tiedä olevansa raskaana. Elinepämuodostumariski liittyy erityisesti suunnittemattomaan raskauteen ja humalahakuiseen juomistapaan.

Mitä pidempään äiti juo raskauden aikana, sitä todennäköisemmin sikiön kasvu häiriintyy. Pysyvä kasvuhäiriö syntyy, jos nainen jatkaa runsasta alkoholinkäyttöään (yli 10 alkoholiannosta/viikko) yli keskiras-kauden. Lapsi on syntyessään pienikokoinen raskauden keston nähden. Imeväisiässä painon nousu on usein huono ja päänympäryksen kasvu hidasta. Tyttöjen, joilla on FAS oireyhtymä, painonkehitys usein norma-lisoituu murrosiässä mutta pojat ovat aikuisinakin hoikkia.

Alkoholi vaurioittaa kehittyvää keskushermostoa sitä todennäköi-semmin, mitä useammin ja/tai korkeammille alkoholipitoisuuksille sikiö altistuu. Keskushermoston vaurio vaihtelee kehitysvammaisuudesta oppimisen erityisvaikeuksiin. Ei ole olemassa tyypillistä FAS/FAE- tai ARND- lasta, mutta tietyt piirteet ovat heillä yleisiä. He ovat usein lyhytjän-nitteisiä, impulsiivisia ja heidän on vaikea suunnitella omaa toimintaansa sekä suorittaa tehtäviään loppuun. Oppimisvaikeudet näkyvät erityisesti matematiikassa.

FAS- ja osittaisessa FAS/FAE-oireyhtymässä todetaan tyypilliset kasvopuutteet. Erityisesti nenä-huuli kolmion alueen poikkeavuuden (alikehitty-nyt filtrum ja kapea ylähuuli) tunnistamiseksi on internettiin laitettu ns. ”huuli-filtrum opas”, joka auttaa kliinisessä työssä näiden oireyhtymien tunnistamista (<http://depts.washington.edu/fasdnp/lipguide.html>). Kasvopuutteet eivät ole kuitenkaan niin tyypilliset, että vain niiden perusteella voidaan antaa kyseinen diagnoosi – myös muissa oireyhtymissä esiintyy vastaavia poikkeavuuksia.

Käytännössä FAS/FAE diagnoosit jäävät usein antamatta vaikka oireyhtymä olisikin kliinisten oireiden perusteella tunnistettavissa. FAS ja FAE diagnoosit liittyvät runsaaseen, vähintään keskiraskauteen liittyneeseen alkoholinkäyttöön. ARND diagnoosin antaminen kliinisesti on hyvin vaikeaa, sillä oppimisen erityisvaikeuksien syitä on paljon muitakin ja tietoa raskauden aikaisesta alkoholinkäytöstä on kouluikäisen lapsen äidiltä usein vaikea saada luotettavasti. Lisäksi emme toistaiseksi tiedä, kuinka pieni altistus voi toistuessaan johtaa pysyvään keskushermoston vaurioon. Näiden oireyhtymien tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, jotta lapsen kehitystä voidaan optimaalisesti tukea sekä varmistaa turvallinen kasvuympäristö. – Lapsen FAS/FAE-oireyhtymän tunnistaminen tarjoaa täten myös mahdollisuuden turvata seuraavan sikiön kehitys.

SUOSITUS:

Jokaiselta neuvolan asiakasperheeltä kysytään rutiininomaisesti kerran vuodessa alkoholin käytöstä. Vanhempien alkoholin käytön itsetarkkailun edistämiseksi ja käyttöön liittyvien riskien arvioimiseksi käytetään 10 henkilökohtaista kysymystä sisältävää lomaketta (AUDIT-lomake). Vanhempien alkoholinkäyttö otetaan puheeksi tarvittaessa, ja ainakin jos AUDIT-pistemäärä on vähintään kahdeksan.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. 2004. Julkaisuja 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Alkoholiohjelman kotisivuilta www.alkoholiohjelma.fi löytyy vinkkejä alkoholinkäyttöään vähentäville, mm. 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä -lomakkeen tilaus (Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:3).
- Autti-Rämö I. 1997. Sikiöaikaisen alkoholialtistuksen kognitiiviset vaikutukset. Duodecim 4, 308-314.
- Stakes. Ehkäisevä päihdetyö. Neuvoa-antavat -portaali. Saatavissa Internetistä 30.1.2004. www.stakes.fi/neuvoa-antavat/valineet/mini-interventiot.htm.
- Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. 2003. Esitteitä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

14.7 Lapset ja tietotekniikka

Tietotekniikalla on monia myönteisiä vaikutuksia elämäämme ja kulttuuriimme. Se on kuitenkin vielä uusi elämänalue ja vaatii valmiuksia, joita moni ei ole aiemmin tarvinnut. Yksi keskeinen vaatimus on medialukutaito. Sillä tarkoitetaan perinteisen lukutaidon laajennusta, johon kuuluvat audiovisuaalisen ilmaisun vastaanottotaidot sekä kriittinen itsenäisyys median käytössä ja mediasisällön tulkinnessa (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Tietokonepohjaiset viihde- ja opetussovellukset opettavat parhaimmillaan monia tärkeitä ajatteluprosesseja: ongelmanratkaisua, päättelyä

ja visuaalista hahmottamista. Varhaiskasvatuksen alalla yksi keskeinen haaste on kouluttaa kasvattajia niin, että he ohjaisivat lapsia tiedostamaan tietokoneen mahdollisuudet. Erityisopetuksessa ja kuntoutuksessa käytetään jo nyt monia tietoteknisiä sovelluksia taitavasti hyväksi.

Alle kouluikäisten lasten maailmassa tietotekniikka voi kuitenkin olla enemmän riski kuin mahdollisuus. Alle kouluikäiset ovat vasta rakentamassa persoonaansa. Keskeinen rakennusosa on ns. sosiaalinen alkupääoma. Sillä tarkoitetaan lapsen vanhemmiltaan saamia ja muista varhaisista ihmissuhteista omaksumia arvoja ja normeja, yhteisön tukea, sosiaalisia verkostoja sekä luottamusta (Pekonen & Pulkkinen 2002). Sosiaalista pääomaa syntyy vain, jos vanhemmat ovat aidosti läsnä lastensa elämässä ja antavat lapsille aikaansa. Toimimalla yhdessä lastensa kanssa vanhemmat välittävät näille tapakulttuuria, kielellistä ja kulttuurista perintöä sekä tapoja ratkaista arkisia pulmia.

Myös vanhempien ja lasten yhteinen tietokoneharrastus, tietotekniikan sisältövalinnat ja omat mallit ovat yhä tärkeämpi osa sosiaalista pääomaa (Mustonen & Pulkkinen 2003). Parhaimmillaan tietotekniikalla on myönteisiä vaikutuksia sosiaaliselle alkupääomalle: Se voi opettaa suvaitsevaisuutta, tasa-arvoa ja aktiivista osallistumista tai vaikuttamista. Verkottuminen ja virtuaaliset ystävät voivat auttaa identiteettityöskentelyssä ja antaa samaistumis- ja roolimalleja.

Tietotekniikan riskit perustuvat siihen, että sen kautta lasten elämään saattaa tulla ei-suotuisia vaikutteita, joista aikuiset eivät ole tietoisia. Mediamaailmassa ja internetissä vallitsee elämäntyylien ja arvojen moninaisuus. Ongelmallisiksi ovat nousemassa itsekkyyttä ja aggressiivisuutta hyväksyvät normit. Internetin kautta välitetään tehokkaasti niin eettistä kuin epäeettistäkin aineistoa, testattua tietoa ja humpuukia, keskenään ristiriitaisia ideologioita, huhuja ja valheita.

Vuorovaikutteisuuden ja eri aisteja yhdistävän luonteensa takia tietotekniikkaan perustuva media tempaa tehokkaammin mukaansa ja tuottaa voimakkaampia elämyksiä kuin perinteinen media. Tietokoneen tuottamassa keinoavaruudessa syntyy todellisilta tuntuvia aistimuksia, jotka synnyttävät illuusion käyttäjän sulautumisesta lumemaailmaan.

Television katselun vaikutuksista on todettu, että valitulla sisällöllä on enemmän merkitystä kuin käytön määrällä (Shah ym. 2001). Ihannoivaan sävyyn esitetty raaka väkivalta johtaa turtumiseen ja empatian hiipumiseen. Lieväkin väkivalta voi johtaa aggressioita hyväksyviin asenteisiin ja normeihin. Mediaväkivalta lisää aggressiota etenkin niillä lapsilla, jotka itse ovat ennestään aggressiivisia, ja jotka elävät väkivaltaa hyväksyvässä ympäristössä.

Suurin osa lapsista ei muutu median vaikutuksesta väkivaltaiseksi, vaikka lapsi matkisikin filmin aggressiivisia tapahtumia leikeissään. Oleellista on, pysyykö aggressio leikkinä, vai pettääkö lapsen itsekontrolli niin, että hän tekee oikeasti vahinkoa muille tai esineille. On tärkeää muistaa, että rajukin leikki on aivan eri asia kuin toisten vahingoittaminen. Itse

asiassa aggression läpikäyminen leikin kautta saattaa edistää itsehallinnan kehittymistä ja aggression kontrolloimista. Riskiryhmässä ovatkin ne lapset, joilla leikin ja oikean aggression raja häviää. Tähän ovat alttiita lapset, jotka ovat kokeneet väkivaltaa tai joita on laiminlyöty. (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Toisaalta mediaväkivalta saattaa aiheuttaa aroille ja pelokkaille lapsille ahdistuneisuutta. Tämäkin vaikutus etenee kehämäisesti: arat ja pelokkaat henkilöt hakevat piristykseen elämysvoimaista viihdettä. Toimintafilmit voivatkin kohentaa mielialaa lyhytaikaisesti. Pitemmällä tähtäyksellä väkivaltafilmit ruokkivat kuitenkin turvatonta ja epäluuloista maailmankuvaa, jossa maailma nähdään vaarallisena paikkana. Tämä lisää edelleen ahdistuneisuutta. (Gerbner ym. 1994.) Seurauksena voi sekä aggressiivisilla että ahdistuneilla olla myös sosiaalisia pelkoja ja epäluuloista suhtautumista lähimmäisiin.

Aikuisen tehtävänä tulisi olla lapsen johdattelu huomaamaan erilaisia esittämistapoja, tulkitsemaan niiden arvomaailmaa ja pohtimaan, miten realistisesti tai epärealistisesti aggression seuraukset esitetään. Eduskunnan Tulevaisuusvaliokunta hyväksyi tammikuussa 2003 seuraavanlaiset linjaukset, joiden mukaan vanhempia tulee aktivoida kasvatusvastuuseen. (Mustonen & Pulkkinen 2003.) Tietotekniikan ja median käytön rajoittaminen perheissä tarkoittaa mm:

1. Sisällöllinen ohjaus ja sopimukset: sovitaan, mitä katsotaan tai pelataan
2. Yhteinen valikointi, ostopäätökset, valinnoilla äänestäminen
3. Vaihtoehtoisen toiminnan ja harrastusten tarjoaminen
4. Määrän rajoittaminen: sovitaan etukäteen ohjelmien määrä
5. Ajan rajoittaminen: tuntirajoitus
6. Tekninen rajoittaminen: sensuurisiru (TV), suodatinohjelmat (internet)

Medialaitteet on suotavaa sijoittaa perheen yhteisiin oleskelutiloihin, joissa sosiaalinen vuorovaikutus on luontaista – ei lastenhuoneisiin.

SUOSITUS:

Lapsen täytettyä kaksi vuotta otetaan lastenneuvolassa aktiivisesti esiin tietotekniikan ja median hyödyt ja haitat. Aiheeseen palataan myös myöhemmillä käynneillä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Mustonen A & Pulkkinen L. 2003. Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka. Teknologian arviointeja. Osa 14. Eduskunnan kanslian julkaisu 1. Helsinki. *Julkaisu valottaa tietotekniikan hyöty- ja riskinäkökohtia huomattavasti yllä olevaa perusteellisemmin. Pohdiskeluissa mukana myös kouluikäisten lasten ja nuorten suhde tietotekniikkaan.*

15

Lapsen erityistilanteet ja niissä tukeminen

15

LAPSEN ERITYISTILANTEET JA NIISSÄ TUKEMINEN

15.1 Yleistä erityistilanteista

Kahdessa viimeisessä luvussa on lueteltu joukko tehostettua neuvolaseurantaan vaativia tilanteita sekä tehty ehdotuksia perheiden tukemiseksi. Tietoa tilanteista, joihin kannattaa ajoissa puuttua, saadaan mm. tutkimuksista. Esimerkiksi Hannu Rintasen (2000) väitöskirjassa on neuvolatarkastusten laiminlyönti todettu erääksi nuoren elämän riskitekijäksi. Työ on tarpeen mitoittaa niin, että se ”kestää” nämä erikoistilanteet. Tilanteiden käsittelemistä helpottaa, kun kussakin neuvolassa on paikallisesti tarvittavien yhteistyötahojen kanssa sovittu toimintamalli tai ohje. Perhepalveluverkostossa on mahdollista sopia vastuunjaosta ja erityisosaamisesta työntekijöiden kesken.

Useat erityistuen tarpeessa olevat vanhemmat odottavat terveydenhoitajilta aktiivista otetta perheiden ongelmien selvittelyssä sekä vastuunottamista ongelmien käsittelystä ja eteenpäin viemisestä. Näille vanhemmille aloitteen tekeminen ja kontaktin ottaminen voi olla liian vaikeaa. Luottamuksellinen ja tasavertainen vuorovaikutussuhde terveydenhoitajaan ja kiireetön ilmapiiri vaikuttavat oleellisesti siihen, miten avoimesti vanhemmat keskustelevat perheensä asioista neuvolassa. (Heimo 2002.)

Vanhemmat saattavat viedä lapsensa tutkimuksiin tai hoitoon omaaloitteisesti muita väyliä pitkin kuin neuvolan kautta. Vanhemmilla on ensisijaisvastuu lapsistaan, ja heillä on myös valta päättää, miten paljon omia asioitaan he haluavat jakaa lastenneuvolan kanssa. Neuvolan täytyy kunnioittaa vanhempien päätöksiä, sillä hyvä yhteistyö on edellytys lapsen auttamiselle. Mikäli on syytä epäillä lapsen kasvun ja kehityksen vaarantuvan, neuvolan tulee kuitenkin varmistaa perheelle riittävä seuranta ja tuki.

SUOSITUS:

Tavoitteena on, että erityistilanteita varten neuvolassa on kirjallinen ohje, joka sisältää tiedon sovituista menettelytavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja tarvittavasta lisäkoulutuksesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Määttä P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erytyiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Atena, Jyväskylä.

15.2 Keskoslapsi

Keskoslapsi syntyy perheeseen, jonka valmistautuminen vauvan tuloon on kesken. Tämän vuoksi useimmat vanhemmat tarvitsevat paljon tukea ulkopuoleltaan. Vauvan somaattiset, keskosuuteen liittyvät pulmat hoidetaan sairaalassa, ja useimmissa erikoissairaanhoidopiireissä myös keskoslapsen jälkiseuranta on hyvin järjestetty. Useissa keskussairaaloissa on myös hyvin organisoitu psyykkinen ja sosiaalinen tuki keskosten perheille. Sairaalan mahdollisuudet auttaa perhettä ovat kuitenkin aina rajalliset.

Keskosia hoitavien sairaaloiden kanssa tulisi sopia, että tieto keskoslapsen syntymästä saatettaisiin neuvolan tietoon siitä riippumatta, kuinka kauan lapsi tulee olemaan sairaalassa. Jos lapsi joutuu olemaan sairaalassa useita viikkoja, on suositeltavaa, että terveydenhoitaja käy mahdollisuuksien mukaan sairaalassa tapaamassa lasta, tämän perhettä ja hoitavaa tiimiä. Sairaalahoidosta saadut kirjalliset dokumentit auttavat neuvolatyöryhmää hoidon jatkuvuuden turvaamisessa, kun lapsi siirtyy neuvolan seurantaan.

Keskoslapsen hoidossa on hyvin paljon pulmia, jotka ovat aivan samanlaisia kuin muidenkin vauvojen hoidossa ilmenevät pulmat. Vauva itkee ilman hyvää selitystä, unirytmä voi olla sekaisin, tai vauvan normaali kehitys mietityttää vanhempia. Keskoslapsella on lisäksi erityisiä pulmia, joista monet ovat hyvin yksilöllisiä. Monesti vaikeudet liittyvät ammattilaisten antamien ohjeiden ja kodissa vallitsevan todellisuuden yhteensovittamiseen. Kaikkien keskosten kohdalla keskeisimmin huomioitava asia on vanhempien ja lapsen välisen kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen kehittyminen. Vaikka lapsi olisi vanhemmilleen hyvin ”kallis”, vaivalla hankittu ja hoidettu, häneen voi olla vaikea uskaltaa kiintyä. Vaikka vaikeat tilanteet on ohitettu, ja realistinen lapsen kuoleman riski on ohi, vanhemmat saattavat irrationaalisesti pelätä lapsensa menettämistä. Tuntuu ikään kuin turvallisemmalta olla kiintymättä lapseen liian syvästi. Oman neuvolan tuki on tärkeä myös keskoslapsen perheelle. Neuvolan tehtävänä on hoitaa keskoslapsen kohdalla kaikki asiat, mm. rokotukset, joita ei ole erikseen sovittu sairaalasta käsin hoidettaviksi.

Pienimpien keskosten ruokintaohjeet poikkeavat täysiaikaisen ohjeista, ja nämä ohjeet annetaan sairaalasta. Jos äidinmaito ei riitä, alle 2500 g painoisina syntyneille lapsille suositellaan joko erityistä keskosille tarkoitettua äidinmaidon korviketta tai korviketta, jossa on valkuaisainetta vähintään 1,5 g/100 ml. Näin jatketaan, kunnes lapsi saa yhden täyden liha-aterian päivässä. Neuvolassa tulee huolehtia, että alle 2500 g painoisena syntyneiden D-vitamiini- ja rautaprofylaksia toteutuu, ja että lisäraudan annosta päivitetään sairaalan ohjeen ja lapsen kasvun mukaisesti.

Kasvua ja kehitystä seurataan lasketun ajan eli korjatun iän mukaisesti kahden vuoden ikään saakka. Psykomotorista kehitystä, näköä ja kuuloa seurataan tavallista tarkemmin. Jos keskonen tai alipainoisena syntynyt

lapsi ei kuulu sairaalaseurannan piiriin, kehitysseuranta on tarpeen tehdä erityisen huolellisesti. Varsinkin 4- ja 5-vuotistarkastukset ovat tärkeitä. Pulmatilanteissa neuvolan kannattaa olla yhteydessä lasta hoitaneeseen erikoissairaanhoidon yksikköön. Muutenkin hyvä yhteistyö on tärkeää.

Vanhempien tunnemaailmaa haittaa hyvin usein syyllisyys, vaikka tähän ei olisi mitään asiallisia perusteita. Syyllisydentunnoista voi olla vaikeaa puhua oma-aloitteisesti. Asia ei aina tule esille sairaalassa. Olisi toivottavaa saavuttaa neuvolassa sellainen keskusteluyhteys ja luottamus, että näistäkin huolista voitaisiin puhua. Monet keskoslasten vanhemmat hyötyvät vertaistuesta. Koska keskosia on sittenkin melko vähän, mahdollisen vertaistuen järjestäminen on kuitenkin luontevampaa erikoissairaanhoidosta kuin perusterveydenhuollosta käsin.

Keskoslapsen perheen tapaamiset suunnitellaan yksilöllisesti. Keskoslasten perheet hyötyvät erityisesti kotikäynneistä, joita saatetaan tarvita useita. Perhetyöntekijän käyttöä tulee harkita. Keskosien ohella huomioidaan myös perheen muut lapset, vanhempien jaksaminen ja parisuhde.

SUOSITUS:

Lastenneuvolan terveydenhoitaja käy mahdollisuuksien mukaan tapaamassa keskoslasta, perhettä ja hoitavaa tiimiä sairaalassa, jos lapsi joutuu olemaan vuodeosastohoidossa useita viikkoja. Keskoslapsen perheen tapaamiset ja mahdollinen lisätuki suunnitellaan yksilöllisesti.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kuru T. 1999. Täysivaltaiseen vanhemmuuteen. Perheiden tuentarve ja yhteistyö asiantuntijoiden kanssa pienen keskosien ensimmäisen elinvuoden aikana. Research reports 70, Jyväskylän yliopisto.

Järvenpää A-L. 2003. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkärin käsikirja 7.4.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.

15.3 Itkuinen vauva

Itku on vauvalle tarpeellinen ilmaisukeino. Pieni vauva itkee keskimäärin kaksi tuntia vuorokaudessa. Koliikki-itkuksi kutsutaan kohtausmaista, läpitunkevaa kipuitkua, jolle ei löydy syytä ja joka jatkuu rauhoitteluyrityksistä huolimatta. Ennen kuin itkua voidaan kutsua koliikiksi, somaattiset syyt on syytä sulkea pois. Koliikkia itkevä vauva vetää tyypillisesti itsensä kaarelle, huitoo käsillään tai koukistaa ja nyrkistää niitä. Maha on usein pömpö, ja sieltä saattaa kuulua kurisevia suoliääniä. Ilmavaivat liittyvät usein kohtauksiin, koska lapsi itkiessään nielee ilmaa. Itku on jaksottaista ja ajoittuu yleensä samaan vuorokaudenaikaan.

Koliikki alkaa usein jo toisen elinviikon aikana, se on pahimmillaan 4–6 viikon iässä ja paranee neljän kuukauden ikään mennessä. Koliikkia

esiintyy 10–30 prosentilla vauvoista määritelmistä riippuen. Ns. koliikki-vauvaksi voidaan kutsua lasta, joka itkee yli kolme tuntia vuorokaudessa vähintään kolmena päivänä viikossa yli viikon ajan, ja jolta somaattiset itkun syyt (esim. korvatulehdukset, virtsavaivat ja lehmänmaitoallergiat) on poissuljettu. Itkuisuus on aina aihe neuvolalääkärin selvittelyihin. Vaikeasta koliikista kärsivä vauva voi olla syytä lähettää myös erikoislääkärin tutkimuksiin.

Koliikin syitä ei tunneta. Koliikkia on pidetty vatsavaivana, mutta vakuuttavaa näyttöä asiasta ei ole. Syyt ovat tuntemattomia, mutta ainakin osalla voi taustalla olla lehmänmaitoallergia. Tehokasta ja turvallista lääkehoitoa koliikkiin ei tunneta. Dimetikoni on suolesta imeytymätön ja siten turvallinen lääkeaine ilmavaivoihin, jota voi kokeilla, vaikka sen tehoa ei ole todistettu. Mahdollisesti tehokasta disykloveriini-nimistä lääkettä ei lastenneuvolassa pidä käyttää siihen liittyvien mahdollisten sivuvaikutusten vuoksi.

Koliikkiin ei ole olemassa yleispätevää hoitoa. Systemaattinen erilaisten hoitoyritysten kokeilu, jossa lapselle tarjotaan maitoa, tuttia, syliä, kantamista tai lepoa vuorotellen, on antanut hyviä tuloksia (Lehtonen 1997). Aikaisemmin suositeltua vatsalla nukutusta ei suositella kätkykuolema-vaaran vuoksi, sen sijaan tilapäinen vatsalla makuutus valveilla ollessa on suotavaa jo motorisenkin kehityksen vuoksi. Joskus tulee kyseeseen lehmänmaitoallergian poissulku (Lääkärin käsikirja 2001).

Yli 4–6 kk:n ikäisellä lapsella yöitkuisuus voi olla myös opittua ja syötörytmin tarkistus tai ”unikoulu” voi helpottaa tilannetta. Varhaisen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat voivat myös olla syynä vauvan runsaaseen itkuun. Vanhemman ilmaisema huoli tulee ottaa vakavasti ja selvittää tilanne mahdollisimman perusteellisesti. Joskus reppuhoito tai vauvahieronta voi auttaa, joillekin vertaistuesta voi olla hyötyä, joskus tarvitaan erityistyöntekijöiden apua ja tukea perheelle (perhetyöntekijä, psykologi).

SUOSITUS:

Neuvolassa on erikoissairaanhoidon kanssa sovitut käytännöt vauvan itkuisuuden selvittämiseksi sekä somaattisten syiden että varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien osalta. Neuvolassa on yhtenäiset ohjeet koliikista kärsivien lasten vanhemmille. Erikoissairaanhoidon ja mahdollisen ympärivuorokautisen päiväkodin, ensikodin tms. kanssa sovitaan paikallisesti yöhoitojärjestelyistä. Kiinnitetään huomiota vanhempien jaksamiseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Itkuinen vauva. 2001. Lastenlääkärin näkökulma. 7.9.2001 (toimitus). Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Launis L. 2001. Itkuinen vauva. Lastenpsykiatrin näkökulma. 7.4.2001. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Lehtonen L. 1997. Imeväisen koliikki. Kirjassa Simell O (toim). Neuvolakirja. Viides painos. Orion-yhtymä, Vammala, 400-403.

15.4 Temperamentiltaan vaativa lapsi

Jos vauvan temperamentti ei sovi yhteen vanhempien käytöksen ja odotusten kanssa, siitä voi muodostua riskitekijä lapsen elämään (Thomass & Chess 1977). Vaikeammin hallittavissa oleva temperamentti näkyy mm. rytmien epäsäännöllisyytenä, itkuisuutena, pimeään pelkona ja negatiivisena emotionaalisenä ärtyvyytenä. Nämä voivat herättää vanhemmassa vihamielisyyttä, kriittisyyttä, lapsen huomiotta jättämistä, pakkokeinojen kehää ja epävarmaa kiintymystä (Pulkkinen 2002).

Lapsen tapa reagoida ja toimia muokkaa hänen omaa kasvu- ja kehitysympäristöään. Lapsen voimakastahtoisuus, vahva ja kielteinen reagointi sekä tyytymättömyys ovat kehityksen riskitekijöitä. Vanhemmat voivat kokea epäonnistuneensa, he voivat olla itse ärtyneitä lapseensa ja ainakin toisinaan väsyä, olla ymmällään ja kokea syyllisyyttäkin.

Vanhemman kokemuksille ja tunteille on annettava tilaa. Vihan tunne ei ole harvinainen, sitä on lupa kokea, mutta se pitää pystyä purkamaan turvallisella tavalla. Viha ei oikeuta väkivaltaa tai laiminlyöntiä.

Toisen tyyppisen haasteen vanhemmilleen asettavat ”hitaasti lämpenevät”, arat lapset, jotka suhtautuvat vetäytyvästi ja torjuvasti itselleen uusiin ja vieraisiin tilanteisiin.

Voimavaralähtöisesti ajatellen on keskeistä, että neuvolassa tunnistetaan vanhempien pulmat, jotka liittyvät lapsen temperamenttiin. Vanhemmille on hyvä selittää, että lapsen henkilökohtainen luonteenlaatu on myös voimavara. Voimakastahtoisten lasten kohdalla aikuisuuden säilyttäminen, turvallisten rajojen asettaminen ja pelisäännöistä sopiminen ovat eräitä avainasioita. Yhteisiin sopimuksiin voimakastahtoiset lapset luonteenlaatunsa mukaisesti sitoutuvat vahvasti. Silti sopimuksia ei voida tehdä lasten ehdoilla.

Arkojen lasten vahvuus on siinä, että he tarkkailevat ympäristöään, tutustuvat siihen ja prosessoivat sen eri piirteitä. He tarvitsevat aikaa. Antamalla aikaa ympäristöään tällä tavalla tutkiville lapsille vanhemmat voivat rohkaista lastaan. Suuri osa lapsista sijoittuu temperamentiltaan näiden kahden ääripään väliin.

Vanhempainryhmä voi olla hyvä paikka keskustella ja jakaa kokemuksia. Lapsen temperamentin ymmärtäminen ja sen hyväksyminen on lapsen persoonallisuuden kunnioittamista. Tällä tavalla se muodostaa erään kasvualustan tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle.

SUOSITUS:

Neuvolassa kiinnitetään erityistä huomiota lasten temperamenttiin ja annetaan tarvittaessa sen synnynnäisestä luonteesta tietoa vanhemmille. Vanhempien tunteille annetaan tilaa. Vanhempien halutessa keskustellaan, miten vanhemman kannattaa käytännön kasvatustilanteissa toimia lapsen kanssa.

15.5 Pitkäaikaisesti sairas, paljon sairastava tai vammainen lapsi

Lastenneuvolassa huolehditaan siitä, että pitkäaikaisesti sairas, paljon sairastava tai vammainen lapsi ja hänen perheensä saavat samat terveyttä edistävät ja ehkäisevät neuvolapalvelut kuin muutkin lapset. Neuvolassa on myös tarpeen hahmottaa, mitä lapsen pitkäaikais sairaus perheen elämälle ja selviytymiselle merkitsee, ja minkälaista tukea ja palveluja perhe tarvitsee lapsen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen.

Joskus pitkäaikais sairaudet saattavat ilmetä vasta myöhemmin, ja näin ollen neuvolassa tapahtuvalla *varhaisella tunnistamisella* on suuri merkitys. Epäily, että kaikki ei ole kunnossa, voi herätä neuvolan määräaikaistarkastuksessa tai kotona. Pitkäaikaisesti sairaan, paljon sairastavan tai vammaisen lapsen jatkotutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen tapahtuu usein neuvolasta. Usein olisi luontevaa, että myös hoitoa voitaisiin koordinoita neuvolassa. Koska neuvolan toiminta perustuu pitkäaikaiseen asiakassuhteeseen, se voi turvata tuen jatkuvuuden.

Tavallisimpia lasten pitkäaikais sairauksia ovat allergiset sairaudet, neurologisen kehityksen erityisvaikeudet ja mielenterveyden häiriöt. Koska lastenneuvolassa kohdataan koko ikäluokka, sinne tulevat myös harvinaisempia sairauksia sairastavat lapset, kuten kehitysvammaiset, aistin- ja liikuntavammaiset, diabeetikot ja syöpää sairastavat lapset.

Pitkäaikaisesti sairaalla lapsella on usein monia hoitavia tahoja, ja perheet saattavat kokea, ettei mikään taho perehdy kunnolla kokonaisuuteen. Perheen on tärkeä saada tietää, miten hoidossa edetään ja kuka on milloinkin vastuussa hoitopäätöksistä ja kehen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Perusterveydenhuollon tehtävänä on perehtyä omalla vastualueellaan olevan lapsen sairauteen ja hoidon kokonaisuuteen sekä pitää huolta palvelujen koordinoinnista ja jatkuvuudesta. Tämä edellyttää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen eri tahojen kanssa.

Kokonaisvastuulla tarkoitetaan paitsi lapsen sairaanhoidon sekä erilaisten tutkivien ja kuntouttavien tahojen, kehitysvammaneuvo lan, päivähoidon yms. koordinoitua, sairaan lapsen sosiaaliturvan varmistamista ja moniammatillisiin neuvotteluihin osallistumista myös lapsen terveen kehityksen, kasvatuksen ja perheen vuorovaikutussuhteiden sekä vanhempien jaksamisen tukemista.

Mikäli neuvolalääkäri on eri kuin perheen omalääkäri, lääketieteellisestä vastuusta ja lääkärin välisestä työnjaosta on syytä sopia selkeästi ja perhettä kuunnellen. Lasten erikoissairaanhoidon näkökulmasta on usein luontevampaa, että yhteistyökumppanina toimii neuvolalääkäri. Hän joutuu määräaikaistarkastuksissa joka tapauksessa perehtymään lapsen tilanteeseen. Hän voi myös hyödyntää terveydenhoitajalle kertynyttä kokemusta ja tietoa lapsesta ja hänen perheestään.

Lapsen kokonaisvaltaisen hoidon ja tuen jatkuvuutta haittaa, jos perusterveydenhuollossa ei ole ajantasaista tietoa lapsen erikoissairaanhoidosta tai palvelusuunnitelmista esim. sosiaalitoimen taholla. Vanhemmat eivät aina osaa näitä tietoja välittää. Siksi on suositeltavaa, että vanhemmat saavat lapsen hoitoon liittyvät tiedot kirjallisina mukaansa ja tuovat ne neuvolaan. Epikriisien jakelukäytännön tulisi olla valtakunnallisesti yhtenäinen. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon epikriisit tulisi vanhempien luvalla lähettää myös neuvolaan. Mikäli lapsen neuvola ei ole erikoissairaanhoidon epikriisin jakelussa, tulisi terveysaseman arkisto- tai muun henkilökunnan lähettää epikriiseistä kopiot neuvolaan, kun vanhemmilta on pyydetty suostumus.

Lapsen terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin kannalta on tärkeää luoda käsitys siitä, miten lapsi ja hänen vanhempansa suhtautuvat sairauteen, miten hoito toteutuu, rajoittaako sairaus ja miten jokapäiväistä elämää, kykenevätkö vanhemmat noudattamaan saamiaan hoito-ohjeita (esimerkiksi ruokavalio, vanhempien tupakointi, kuntoutus, seurantakoheet) ja haluavatko he niitä noudattaa, miten lapsi ja perhe kokevat ympäristön suhtautumisen, jääkö vanhemmille aikaa sairaan lapsen lisäksi perheen muille lapsille, toisilleen ja itselleen. Leikki-ikäisen lapsen kanssa voi ja on antoisaa keskustella lapsen omista käsityksistä sairaudestaan ja sen hoidosta ja vaikutuksesta lapsen arkeen. Perheelle tulee tarjota sairauteen liittyvien järjestöjen yhteystietoja lisätiedon ja vertaistuen hakemiseksi.

Terveydenhoitaja toimii usein vanhemmille eräänlaisena tulkkina esimerkiksi vierasperäisten käsitteiden ja ei-ymmärrettävästi ilmaistujen hoito-ohjeiden tai jatkohoidon osalta. Hän myös opastaa perheitä ohjeiden soveltamisessa juuri kyseessä olevan perheen elämään ja arkeen.

Vammaisten lasten vanhemmat toivovat, että perheelle tarjotaan samoja peruspalveluita kuin muillekin eli kehityksen seurantaa ja kasvatuksellista tukea (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000). Hasun (1998) tutkimuksen mukaan lapsen sairastaessa paljon perheen sosiaaliset tukiverkot harvenivat, vanhempien toiminta lasten kanssa väheni, ja perheet käyttivät useammin terveyspalveluja. Vanhemmat olivat tyytyväisiä tiedolliseen tukeen vastaanottokäynneillä, mutta he odottivat terveydenhoitajalta ja lääkäriltä enemmän emotionaalista tukea ja voimavarojensa vahvistamista.

Mikäli lapsi kuuluu vammaisneuvolan hoitoon, on selkeästi sovittava työnjaosta vammaisneuvolan ja tavallisen neuvolan välillä. Konkreettisia sovittavia asioita, jotka luontuisivat hyvin lastenneuvolaan, ovat mm. rokotuksista huolehtiminen, lapsen somaattisen, neurologisen ja psyykkisen kehityksen seuraaminen, ravitsemusneuvonta, hampaistosta huolehtiminen, vanhempien parisuhteen tukeminen, kasvatusneuvonta ja -tuki sekä koulukypsyysarviot.

Koska pitkäaikaissairaudet lisäävät suun sairauksien riskiä, on tärkeää ohjata vastasairastuneet lapset suun terveydenhuoltoon ja seurata neuvolakäynneillä erityisen tarkasti suun terveyden tilaa.

SUOSITUS:

Terveydenhoitaja ja lääkäri hankkivat tietoa vastuualueellaan olevan pitkäaikaisesti sairaan lapsen sairaudesta tai vammasta sekä perehtyvät lapsen ja perheen tilanteeseen. Lastenneuvola varmistaa, että lapsen hoidon kokonaisuudesta vastaavasta tahosta on sovittu. Neuvola tekee yhteistyötä ja vaihtaa vanhempien luvalla tietoa erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen kanssa. Lapsen epikriisit kerätään neuvolaan. Terveydenhoitaja koordinoi pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa omalta osaltaan, ellei perheen kanssa ole muuten sovittu.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Ei sen väliä, onko tyttö vai poika, kunhan...1997. Lastensuojelun Keskusliiton esite.

Käypä hoito -suositukset.

Lääkäriin käsikirja. Kirjassa, CD:llä ja maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi julkaistussa kokoelmassa on lukuisia artikkeleita kroonisista sairauksista.

Moilanen I. 2000. Kroonisen sairauden ja vamman vaikutus tunne-elämään.

Teoksessa: Räsänen E, Moilanen I, Tamminen T & Almqvist F (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Sata harvinaista. Stakesin julkaisu.

Lisätietoa harvinaisista sairauksista: <http://www.harvinaiset.org>, <http://www.sos.se/smkh> (ruotsiksi), <http://rarediseases.info.nih.gov/> (Office of Rare Diseases, USA) ja <http://www.icndata.com/health/pedbase/pedlynx.htm> (yleispediatrisen englanninkielinen tietokanta).

15.6 Allergiat ja astma

Allergiat ja astma ovat lasten pitkäaikaissairauksista tavallisimpia. On arvioitu, että ruoka-allergiaa on noin 10 prosentilla pikkulapsista (Hasunen ym. 2004). Ei ole näyttöä siitä, että äidille raskaus- tai imetysaikana tai lapselle ohjattu ns. allergisoivien ruokien välttäminen vähentäisi ennalta-ehkäisevästi allergiariskiä, joten sitä ei tule käyttää. Ruokayliherkkyydet puhkeavat tavallisesti alle yksivuotiaana. Niiden mahdollisuus tulee pitää mielessä, jo yksinomaisen rintaruokinnan aikana ja erityisesti silloin kun lapsi saa lisäruokaa tai korviketta. Jos imettävän äidin ruokavaliosta joudutaan poistamaan keskeisiä ruoka-aineita lapsen allergiaoireiden vuoksi, äiti ohjataan ravitsemusterapeutin vastaanotolle ja lapsi erikoislääkäriin tutkimuksiin.

Allergiaoireet alkavat yleensä muutaman viikon kuluessa siitä, kun uusi ruoka on lisätty ruokavaliioon. Oireet voivat olla ihottumaa, kutinaa tai suolisto-oireita (pulauttelua, löysiä ulosteita/ripulia, pahanhajuisia/oudonvärisiä ulosteita, ummetusta, vatsakipuja). Varsinkin viimeksi mainituista on usein vaikea sanoa, onko kyseessä oire vai onko se normaalia vaihtelua.

Jopa 80 %:lla suomalaislapsista tavataan ensimmäisten viiden elinvuoden aikana atooppiseen ihottumaan viittaavia ohimeneviä oireita kuten kuivuutta, raapimajälkiä ja ihottumaläiskiä. Atooppisen ihottuman diagnoosi asetetaan vain 16 %:lle. Oleellista on hoitaa ihoa hyvin, muun muassa rasvaamalla. Jos oireet kuitenkin lisääntyvät tai häiritsevät pahasti perheen elämää, on lääkärin tarpeen selvittää oireita tarkemmin. Ruoka-aineallergian mahdollisuus tulee ottaa huomioon kaikilla imeväisikäisillä, joilla todetaan atooppinen ihottuma.

Neuvolan vastuulääkäri sopii terveystieteiden väestövastuulääkäreiden kanssa, paneudutaanko allergia-asioihin neuvolassa vai väestövastuulääkärin vastaanotolla. Koska neuvolalääkärille kertyy helpommin kokemusta alueesta, voi olla parempi tehdä allergiaselvittelyt neuvolassa. Määräaikaistarkastuksessa muodostetaan potilas-lääkärisuhde, jonka pohjalta saman lääkärin on usein helpompi tehdä jatkoselvityksiä. Vanhempia ei saa jättää yksin pohtimaan, liittykö lapsen oire johonkin ruokaan.

Ruoka-aineallergiaepäilyn tutkimisessa huolellinen anamneesi on tärkeää. Vanhempia kannattaa neuvoa oirepäiväkirjan pitoon. Yksittäistä ruokaa koskevat allergiaepäilyt (esim. kananmuna, kala, sitruhedelmä) voi hoitaa perusterveydenhuollon lääkäri, ellei oireisiin liity merkittävää kasvun hidastumista. Epäilty ruoka poistetaan ruokavaliosta, seurataan oireita, ja kokeillaan ruokaa 1–2 viikon kuluttua uudestaan. Paikallisista hoito-ohjelmiasopimuksista riippuu, kuinka pitkälle ravitsemuksellisesti keskeisten ruoka-aineiden (maito, viljatuotteet) yliherkkyyttä selvitetään perusterveydenhuollossa. On muistettava, että lapset saavat lyhytaikaista oirehdintaa esimerkiksi ripulitautien ja muidenkin infektioiden jälkeen. Jos lapsella on epäilyä monen perusruoka-aineen allergioista ja/tai lapsella on lisäksi runsaat yleisoireet (ihottuma, kutina, suolioireet ja/tai kasvun häiriö), diagnoosi ja hoidon suunnittelu tulee tehdä erikoissairaanhoidossa.

Ruokavaliorajoitusten purkaminen on tärkeä vaihe. Purku tehdään usein perusterveydenhuollossa. Yli 1,5-vuotiaiden kohdalla tulee aina miettiä, onko lapsen ruokavaliolle vielä aihetta. Eli perustuuko se selviin oireisiin, jotka on selvitetty välttämistestillä tai kotikokeilulla. Kokeilemalla tai valvotulla altistuksella on syytä tarkistaa tilanne ainakin vuoden parin välein kunkin ruoan suhteen, mikäli lasten allergioiden hoitoon paneutunut lääkäri ei muuta neuvo.

Leikki-ikäisten ja vanhempien lasten oireilu voi olla esimerkiksi koiuallergisen ristireagointia raaolle juureksille (peruna, porkkana, selleri, palsternakka), hedelmille ja vihanneksille (omena, päärynä, persikka, kiivi, luumu, mango, tomaatti, paprika), tietyille mausteille (sinappi, kumina, kurkuma, inkivääri, kaneli) tai (saksan)pähkinälle ja mantelille. Näiden ruokien välttäminen perustuu oireisiin. Ihotesteihin tai RAST-tutkimuksiin ei voi luottaa. Vältettävien ruokien listoja ei tule käyttää, vaan vältettävät ruoat arvioidaan yksilöllisesti kullekin lapselle.

Allerginen nuha ja silmäoireet alkavat yleensä aikaisintaan leikki-iässä. Noin viidennes allergista nuhaa sairastavista sairastuu astmaan.

Mycs allergisen nuhan diagnoosi perustuu huolelliseen anamneesiin. Jos oireilu pysyy kurissa antihistamiinilla tai ajoittaisella paikallissteroidilla, tarkempaa diagnostiikkaa ei välttämättä tarvita. Jos yli viisivuotiaat lapset oireilevat hankalasti, heidän lähettämistään siedätushoitoarvioon kannattaa harkita. Sitä ennen todennetaan oireiden IgE-välitteisyys joko ihon pistokokeella tai RAST-tutkimuksella.

Siedätushoidon toteuttamisessa tarvittava työnjako ja vastuu sovitaan paikallisesti. Päätös siedätushoidon aloittamisesta on erikoissairaanhoidon tehtävä, mutta hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa.

Astmaan viittaavia oireita ovat fyysisen rasituksen välttely, päivittäin ilmenevä yli kuusi viikkoa kestävä yskä ja rohina ja helpompina oireena toistuva uloshengitysvaikeus ja -vinkuna. On tärkeätä selvittää, missä tilanteissa oireet tulevat: yskä kyläpaikan koiraa halatessa, hengenahdistus riehussa tai koivun siitepölykaudella. Atopiatausta lisää astman riskiä. Tupakointi kotona lisää hengitysoireiden riskiä ylipäättään. Astman perusselvitysten osalta työnjako tulee sopia neuvola- ja väestövastuulääkärin kesken.

SUOSITUS:

Alueen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään kirjallinen sopimus allergioiden ja astman diagnostiikan, hoidon ja seurannan hoitopoluista. Terveysaseman ja neuvolan välillä sovitaan työnjaosta lasten allergisten sairauksien suhteen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Astma. 2000. Käypä hoito -suositus (www.duodecim.fi/kh).

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11.

Kaila M. 2003. Lapsen astman diagnostiikka ja hoito. Lääkärin käsikirja. 30.7.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Lasten ruoka-allergiat. 2004. Käypä Hoito -suositus. www.duodecim.fi/kh

Käypä hoito -sivuilta löytyy myös potilasohje: Apua astmaan. Se on julkaistu myös Hyvä Terveys -lehdessä 2000, 15(11), 47-8.

Lääkärin käsikirja. Kirjassa, CD:llä ja maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi julkaistussa kokoelmassa on lukuisia artikkeleita, mm. atopian selvittelystä, lehmänmaitoallergiasta, allergisista sairauksista neuvolassa, lapsen astman ja atooppisen ihottuman diagnostiikasta ja hoidosta.

Useat sairaanhoitopiirit ovat julkaisseet alueellisia hoito-ohjelmia lasten allergioista ja astman tutkimisesta ja hoito-ohjelmasta. Ks. www.terveysportti.fi.

15.7 Lapsen ylipaino

Ylipainon ehkäisy, ks. luku 13 Ravitsemus.

Ylipainoisuus on merkittävimpiä kansanterveydellisiä ongelmiamme ja sen ehkäisy eräs neuvolan keskeisistä terveydenedistämistehtävistä. Leikki-ikäisistä lapsista 6–10 % on ylipainoisia. Ylipainoisuus on keskeinen myöhempää terveyttä vaarantava riskitekijä. Lasten lihavuuden hoito on ensisijaisesti perusterveydenhuollon vastuulla. Siksi neuvolassa on syytä puuttua lasten ylipainoasioihin.

Lapsella on ylipainoa, jos hänen pituuspainonsa ylittää +20 %. Jos pituuspaino on tasaisesti +20 – +30 %, sillä on vähemmän merkitystä kuin silloin, kun pituuspaino jatkuvasti nousee. Lihomiseen tulee puuttua, jos pituuspaino näyttää lisääntyvän jatkuvasti, on yli +30 % tai lisääntyy yli 10 prosenttiyksikköä vuodessa. Lasten liialliseen painonnousuun tulee puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Mitä kauemmin lapsi pysyy lihavana, sitä todennäköisempää on, että lapsi on lihava vielä aikuisenakin. Pelkästään rintamaitoa saavan vauvan pyöreys ei tarkoita lihavuutta. Rintavauvaa ei tule laittaa laihdutuskuurille.

Ylipainon taustalla voi olla monenlaisia syitä, jotka voivat olla niin perinnöllisiä, sosiaalisia, psyykkisiä kuin elämäntapoihin liittyviä. Yleensä ympäristötekijät ovat ylipainon synnyssä tärkeämpiä kuin perinnölliset tai aineenvaihdunnalliset tekijät. Luvussa 13 Ravitsemus on hyödyllisiä neuvoja, joita noudattamalla ylipainon kertymistä voi estää. Lasten painon hallinnassa keskeisiä ovat perheen arkiruokailu, vuorovaikutustaidot ja aktiivinen elämäntapa sekä television katseluun ja tietokonepeleihin käytetyn ajan rajoittaminen. Tasapainoinen suhde ruokaan, säännöllinen ja tarpeen mukainen syöminen, jatkuvan napostelun välttäminen ja liikunnallinen arki ovat avainasioita. Näkökulma on perheen arjen sujumisessa: kuinka lapselle voidaan taata säännöllinen päivä- ja ruokailurytmi ja mahdollisuus monipuoliseen liikkumiseen. TV:n ja videoiden katselua ja tietokonepelejä vähennetään, kuljettamisen sijaan annetaan lapsen itse kävellä ja kannustetaan liikunnallisiin leikkeihin.

Kun lapsi lihoo, sairauksia poissuljettaessa on tärkeintä varmistua, ettei suhteellinen pituus samanaikaisesti laske. Tavallisesti suhteellinen pituus suurenee tai pysyy ennallaan ylipainon kehittymisen seurauksena. Suhteellisen pituuden lasku viittaa endokrinologiseen (esim. kilpirauhas-) tai perinnölliseen sairauteen (oireyhtymään). Terveydenhoitajan ja/tai lääkärin on tärkeää selvittää, onko muilla perheenjäsenillä tai lähisuvussa ylipainoa, sydän- tai verisuonitautia, tyypin 2 diabetesta tai rasva-aineenvaihdunnan häiriötä. Ylipainoiselta lapselta tutkitaan kasvutietojen lisäksi verenpaine. Jos kasvukäyrä tai anamnesi antavat siihen viitteitä, on aiheellista ottaa joitakin verikokeita (B-PVK, fS-kol, fS-kol-HDL, fS-kol-LDL, fS-Trigly, S-ALAT, TSH, HbA¹C). Erikoissairaanhoidon lähetettävistä lapsista sovitaan paikallisesti (ks. HUS-Hyvinkää – ja HUS-Peijas -alueen paikallinen hoito-ohjelma Lasten lihavuus).

Terveystenhoitajan ja lääkärin yhteistyö ja työnjako ovat tärkeitä ylipainoisuuden hoidossa. Lääkärin vastaanotto voi olla tarpeen paitsi diagnostiikassa, myös motivoinnissa.

Ylipainoista lasta hoidetaan, kun perhe on siitä kiinnostunut ja perheen voimavarat sen sallivat. Painonhallintaan motivointi voi olla vaikeaa, etenkin jos myös vanhemmat ovat lihavia. Motivointi on kuitenkin keskeinen osa hoitoa: ellei motivaatiota ole, hoitoa ei kannata alkaa. Perheelle on tällöin hyvä jättää mahdollisuus uuteen yhteydenottoon laihdutusmotivaation kypsyttyä. Joillakin alueilla on sovittu, että jos pituuspaino < 60 % eikä motivaatiota ole, asiaan palataan esim. 0,5–1 vuoden jälkeen.

Ylipainoisuuden hoidossa realistisen painotavoitteen löytäminen on keskeistä. Hoidon tavoitteena tulee olla elinikäisen painonhallinnan saavuttaminen pysyvillä elämäntapamuutoksilla. Lievässä (pituuspaino 20–40 %) ja kohtalaisessa (pituuspaino 40–60 %) ylipainoisuudessa tavoitteeksi riittää painonnousun pysäyttäminen ja absoluuttisen painon pysyminen samana. Vaikeassa lihavuudessa (pituuspaino >60 %) pyritään vähittäiseen painonlaskuun, ei kuitenkaan enempää kuin 0,5–1 % kuukaudessa.

Aikuisten hoidossa ryhmätoiminta on usein koettu hyödylliseksi ja kustannustehokkaaksi lihavuuden hoitokeinoksi. Myös ylipainoisten lasten ryhmähoidosta on saatu hyviä kokemuksia. Ryhmien järjestämisestä kannattaa neuvotella perhepalveluverkostossa. Alueella saattaa olla myös järjestö- tai kansalaistoimintaa, joka voi organisoida laihdutusryhmiä.

Lapsen ruokatottumukset muuttuvat yleensä helpommin, jos aikuiset samanaikaisesti muuttavat tapojaan. Neuvolaikäiselle lapselle asiasta ei pidä tehdä ongelmaa, vaan vanhemmat ottavat vastuun asiasta. Tavoitteena on, että koko perhe voi syödä yhdessä samaa täysipainoista ruokaa.

Valittiinpa hoitomuodoksi yksilö- tai ryhmätapaamiset, viikoittaiset tapaamiskerrat useiden kuukausien ajan ovat tarpeen, sillä uusien ruoka- ja liikuntatottumusten omaksuminen ja vakiinnuttaminen on työlästä. Tarkoituksena on tehdä pieniä mutta pysyviä muutoksia arjen ruoka- ja juomavalintoihin ja syömiskäyttäytymiseen sekä lisätä arkiaktiivisuutta. Muutosten tekeminen on mahdollista ainoastaan, jos perhe itse valitsee muutoksen. Seuranta on välttämätöntä myös aktiivisen hoitoajan jälkeen.

SUOSITUS:

Terveystenhuollossa lastenneuvolalla on ensisijainen vastuu alle kouluikäisten lasten ylipainon ehkäisystä ja hoidosta, mikäli näin on terveyskeskuksessa sovittu. Neuvolassa on kirjallinen ohje, joka sisältää tiedon sovituista painonhallintaopetuksen vastuuhenkilöistä ja toteuttamisesta. Ohje sisältää myös tiedon ylipainon ehkäisyn ja hoidon menettelytavoista, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja aiheeseen mahdollisesti liittyvästä lisäkoulutuksesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Hakala P. 1999. Paino hallintaan kotikonstein. Kansaneläkelaitos, Helsinki. *Käytännön läheinen kirja painon hallinnasta, turvallisesti ja ilman turhia kustannuksia.*
- Lautala P & Nuutinen O. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. Kirjassa: Simell O (toim). Neuvolakirja. Viides painos. Orion Oy. *Loppuunmyyty.*
- Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. 1999. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Tilaukset: Dieettimedia Oy, Fabianink 17 B 10, 00130 Helsinki, s-posti: www.health.fi/rty. *Sopii käsikirjaksi ja ohjausaineistoksi lihavien lasten hoitoon. Oppaan lähtökohtana on perhe- ja ratkaisukeskeinen työote.*
- Mustajoki P & Lappalainen R. 2001. Painonhallinta – Ohjaajan opas. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. *Erinomainen opas ammattilaisille.*
- Mustajoki P & Leino U. 2002. Laihdu pysyvästi – hallitse painoasi. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 3. uudistettu painos. *Erinomainen opas laihduttajille.*
- HUS-Hyvinkään piiri on julkaissut alueellisen hoito-ohjelman lasten lihavuudesta. (www.terveysportti.fi).*
- Lasten lihavuuden hoidosta on tulossa uusi Käypä Hoito -suositus.*

15.8 Neurologisen kehityksen erityisvaikeudet ja oppimishäiriöt

Arvion lapsen psykomotorisesta kehityksestä tulee perustua seurantaan, jossa käytetään vanhempien antamia tietoja, päivähoiton huomioita ja terveydenhoitajan ja lääkärin tutkimuksia. Kehityksen häiriöt voivat olla laaja-alaisia tai kapeamman alueen erityisvaikeuksia.

Erytisvaikeudet jaotellaan vaikeuksiksi puheen, tarkkaavaisuuden, hahmotuksen, motoriikan, käytöksen ja sopeutumisen, kontaktikyvyn ja oman toiminnan ohjauksen alueella (Voutilainen & Ilveskoski 2000). Motoriseen kömpelyyteen voi liittyä vaikeuksia oppimisen eri alueilla; samoin esim. kielelliset häiriöt ovat jaettavissa alaryhmiin.

Erytisvaikeudet johtuvat aivojen toimintahäiriöstä. Vaikka tieto siitä, voidaanko erityisvaikeuden taustatekijöihin vaikuttaa, on vielä puutteellista, voidaan tilannetta kuitenkin auttaa monin tavoin. Erytisesti sekundaaristen haittojen syntyminen voidaan estää. Täydellisyyttä tavoittelevassa yhteiskunnassamme toiminnallisesta haitasta kehittyä helposti sosiaalinen haitta, joka lopulta voi vaikuttaa jopa lapsen kokonaispersoonallisuuden kehittymiseen. Oppimishäiriöitä pidetäänkin riskitekijänä syrjäytymisketjulle.

Kun neuvolassa syntyy epäily erityisvaikeuksista, asiaa kannattaa ensin selvittää lääkärin vastaanotolla. Lääkärinä tarvitaan tässä vaiheessa etenkin erotusdiagnoosiin tekoon ja asian selvittämiseen vanhemmille. Erotusdiagnoosissa huomioidaan psyykinen oireisto, somaattiset sairaudet, aistivammat ja neurologiset kohtaukselliset oireet. Kuulo ja näkö on syytä tutkia luotettavasti. Psykososiaaliset olosuhteet on myös kartoitettava. Koska oppimisvaikeuksien periytyvyys on huomattava, lähisuvusta löytyy usein muita, joilla on ollut samankaltaisia vaikeuksia. On tärkeä selvittää

raskauden ja synnytyksen kulku sekä perinnölliset tekijät arvioitaessa oppimisvaikeuksien taustatekijöitä.

Raskaus- ja synnytysanamneesissa voi olla tieto ennenaikaisesta synnytyksestä tai synnytykseen liittyvistä komplikaatioista. Statuksessa tutkitaan, onko lapsella poikkeavia dysmorfisia piirteitä, jotka voivat viitata johonkin oireyhtymään. Iho tutkitaan, sillä maitokahviläiskät voivat viitata neurofibromatoosi I:een. Etiologiset tutkimukset ovat välttämättömiä, jos kehitys on taantunut tai vaikuttaa pysähtyvän, jos oppimisvaikeuteen liittyy muita poikkeavuuksia ulkonäössä, kasvussa tai muussa kehityksessä, tai esiintyy muita neurologisia oireita. Erityisiä etiologisia tutkimuksia ei tarvita, jos oppimisvaikeus esiintyy suvussa ilman neurologista sairautta, ja status on mahdollisesti pieniä neurologisia löydöksiä lukuunottamatta normaali.

Raskaus- ja synnytystiedoissa voi olla maininta raskauden aikaisesta alkoholin käytöstä. Tämän lisäksi on aina kysyttävä äidin alkoholin käyttöä ennen raskautta, raskauden aikana sekä kyseisenä hetkenä ja arvioitava näiden keskinäistä yhteensopivuutta. Sikiöaikainen alkoholialtistus voi johtaa monimuotoiseen ja vaikeusasteeltaan lievästä vaikeaan ulottuvaan oireyhtymään. Pienipäisyys, pysyvä kasvuhäiriö sekä kehityksen poikkeavuus yhdessä runsaan raskauden aikaisen alkoholialtistuksen kanssa viittaavat osittaiseen tai täydelliseen FAS-oireyhtymään. Alkoholinkäyttö raskauden aikana voi myös aiheuttaa oppimisen ja käyttäytymisen erityisvaikeuksia ilman ulkoisesti tunnistettavia piirteitä. Alkoholin aiheuttaman sikiövaurion diagnosoiminen edellyttää aina luotettavaa joko äidiltä tai lähiomaisilta saatua tietoa äidin raskauden aikaisesta alkoholinkäytöstä. (ks. luku 16.6)

Monet vanhemmat ovat hämmentyneitä lapsen testaamisesta. Tutkimusten merkitys on syytä selvittää heti tarkastuksen yhteydessä. Niin lapselle kuin hänen vanhemmilleenkin on aina muistettava kertoa lapsen vahvoista alueista ja muista hyvistä piirteistä.

Erityisvaikeusepäilyn jatkoselvittelyt tehdään tavallisesti perusterveydenhuollon erityistyöntekijän (puheterapeutin, psykologin, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin) luona. Viimeistään tässä vaiheessa on syytä saada selvitys myös lapsen päivähoitajien havainnoista ja arvioista. Tulokset kootaan moniammatillisessa työryhmässä, esimerkiksi kuntoutustyöryhmässä, jonka vetäjä on mieluiten lääkäri. Työryhmään pitäisi kuulua terveydenhoitaja, psykologi, terapeutit ja päivähoidon edustaja sekä aina lapsen asian tunteva henkilö ja mahdollisuuksien mukaan myös perhe. Työryhmä kokoaa erityistyöntekijöiden näkemykset lapsen vahvoista ja tukea tarvitsevista alueista. Ryhmä päättää, ovatko tehdyt selvitykset riittäviä, vai tarvitaanko jatkoselvityksiä. Jatkotoimista sovitaan yhdessä vanhempien kanssa.

Alle kouluikäisen kohdalla varhaiskuntoutus tapahtuu yleensä päiväkodissa, minkä lisäksi saatetaan tarvita yksilöterapiaa. Jatkoseurannasta tulee selvästi sopia kuntoutustyöryhmässä.

SUOSITUS:

Lastenneurolatryöryhmän, terveysaseman ja kunnan muilla sektoreilla toimivien erityistyöntekijöiden, päivähoidon ja alueen erikoissairaanhoidon kesken sovitaan kehityksen erityisvaikeuksien ja oppimishäiriöiden tutkimisesta, kuntoutuksesta ja muista tukitoimista, vastuuhenkilöistä ja hoito-ohjelmista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Kehityksen ja oppimisen vaikeudet lapsilla ja nuorilla. Opas TAYS-piirin lastenneuroloille ja kouluterveydenhuollolle. 2003. Saatavissa internetistä: www.pshp.fi/tays/lastenklinitikka/yhteistyo/kasikirjat/kasikirjat.html.
- Lyytinen H. 2004. Oppimishäiriöt. Lääkärin käsikirja 11.5.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.
- Sillanpää M, Herrgård E, Iivanainen M, Koivikko M, Rantala H. (toim.) 2004. Lastenneurologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Outila K. Lasten kehityksen neurologisten erityisvaikeuksien tutkiminen/hoito/kuntoutus. Alueelliset hoito-ohjelmat. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. (www.terveysportti.fi).
- Voutilainen A & Ilveskoski I. 2000. Terveystenhuollon rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa. Duodecim 116(18), 2025-31. Katsausartikkeli.

15.9 Lapsen infektioierre ja toistuvat korvatulehdukset

Lapsen infektioierreellä tarkoitetaan yleensä tiheästi toistuvia hengitystieinfektioita. Tilanteen hankaluudesta huolimatta on syytä muistaa, että kyseessä on lähes poikkeuksetta hyvänlaatuinen, ajan myötä häviävä ongelma. Varsinaiset immuunivajavuustilat toistuvien infektioiden syinä ovat erittäin harvinaisia.

Infektioierteen hallinnassa on olennaista keskittää hoito ja seuranta yhdelle lääkärille, tukea ja valistaa vanhempia, hoitaa jokainen infektioepisodi asianmukaisesti, vähentää infektiolle altistavia tekijöitä sekä antaa tarvittaessa lausunto hoitotukea varten. Kansaneläkelaitoksen (1999) lapsen hoitotukea koskevien ohjeiden mukaan lapsen katsotaan olevan infektioierreessä, jos hän sairastaa enemmän kuin 6–7 infektiota vuodessa ja saa vuosittain vähintään yhtä monta antibioottikuuria. Useimpiin infektioihin ei antibioottihoitoa tarvita, ja 5–10 infektiota vuodessa on usein vielä normaalia 3–10-vuotiaalla.

Infektioille altistavista tekijöistä tärkeimpiä ovat suuri päivittäisten lapsikontaktien lukumäärä (päiväkotihoido) ja passiivinen tupakointi (ks. luku 14.5). Myös perintötekijöissä on infektioalttiuteen vaikuttavia eroja. Normaalin perusterveyden puolesta puhuvia seikkoja ovat infektioiden alkaminen päivähoiton aloituksen jälkeen, niiden paraneminen tavalliseen tahtiin, oireettomuus infektioiden välisenä aikana, hankalien

komplikaatioiden puuttuminen sekä pituuden ja painon normaali kehitys. Jos lapsen infektiot selittyvät hyvin esimerkiksi päiväkotihoidon aiheuttamalla lisääntyneellä infektiopaineella, ja ne paranevat tavalliseen tapaan, laboratoriotutkimuksista ei ole odotettavissa lisävalaistusta asiaan. Röntgenkuvaus ei yleensä ole tarpeen, sillä toipilasvaiheessa otetun yksittäisen keuhkojen tai poskionteloiden röntgenkuvan informaatioarvo on vähäinen etenkin alle nelivuotiailla.

Pienten lasten toistuvat tai pitkittyvät välikorvatulehdukset flunssien komplikaatioina selittyvät useimmiten ylähengitysteiden rakenteellisilla ja toiminnallisilla syillä. Tarvittaessa korvalääkäri arvioi, voidaanko korvalääkärin toimenpiteillä helpottaa korvatulehduskierrettä. Lapsi tulee lähettää erikoissairaanhoidon arvioon, jos hänellä on 3–4 korvatulehdusta puolen vuoden aikana tai 6 tulehdusta vuoden aikana, vaikka ne olisivatkin parantuneet hyvin. Erikoislääkärin arvio on paikallaan myös silloin, kun todetaan selvät ylähengitystieobstruktion oireet (iso kitarisa) tai liimakorva (tärykalvon pitkittänyt huono liikkuvuus ilman infektiioireita). Äkillisen välikorvatulehduksen jälkitarkastus tulee tehdä noin kuukauden kuluttua sairastumisesta.

SUOSITUS:

Infektiokierteisten lasten seurannasta sovitaan paikallisesti terveysaseman ja lastenneuvolan välillä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kunnamo I. 2003. Infektiokierre ja immuunipuutokset. Lääkärin käsikirja 11.8.2003.

Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.

Toistuvat korvatulehdukset. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoito-ohjelma.

Päivitetty 27.2.2004. www.ppshp.fi (Hoitoketjut diagnooseittain).

Äkillinen välikorvatulehdus. Duodecimin Käypä hoito -työryhmä. Omat suositus-

visiot lääkäreille ja potilaille. www.duodecim.fi. Päivitetty 15.6.2004.

15.10 Lapsen käytöshäiriöt ja mielenterveysongelmat

Ks. myös luku 11 Sairauksien ja vammaisuuden seulonnat ja luku 16.4 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen.

Lasten käytöshäiriöt ja mielenterveyden ongelmat voivat johtua useasta syystä. Lasten käytöshäiriöiden taustalla on usein puheenkehityksen tai neurologisen kypsymättömyyden ongelmia. Näitä ei aina tunnisteta.

Neuvolan tehtävänä on tukea vanhempien kasvatustyötä keskustelemalla heidän kanssaan lapsen ikätasoisista kehityspiirteistä ja lapsen tarpeista kussakin ikävaiheessa. Joskus on syytä myös ohjata ja auttaa

vanhempia oivaltamaan oma roolinsa ja vastuunsa. Terveystenhoitajan ja lääkärin vastuulla on havaita erityisavun tarve. Kun herää huoli lapsen tai perheen ongelmista, asia on syytä tuoda neuvolatyöryhmään. Terveystenhoitaja tai perhetyöntekijä ovat ensisijaisia toimijoita, kun vanhemmat tarvitsevat lisätukea. Jos neuvolalla ei ole riittävästi mahdollisuuksia ja tietotaitoa perheen tukemiseen, perhe voidaan ohjata esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolan palveluihin.

Päätöksen mahdollisesta erikoissairaanhoidon (lastenpsykiatriset, -neurologiset ja pediatriiset palvelut) lähettämisestä tekee yleensä lääkäri.

Huoli lapsen käytöshäiriöistä, tarkkaavaisuusongelmista, ylivilkkauksesta, kehitysviiveistä tai esimerkiksi masennuksesta voi herätä myös päivähoidossa (luku 3.6.2). Olisi tärkeää, että lastenneuvolatyöryhmä kytkettäisiin varhain pohdintoihin mukaan, sillä jokaisella lapsella on oikeus saada myös lääketieteellinen arvio ongelmistaan. Joskus taustalla on ongelma, johon on olemassa lääketieteellistä apua.

Lapsen käytöshäiriöt, kehitysviiveet ja mielenterveysongelmat koetaan usein vaikeaksi keskustelun aiheeksi. Avoin, luottamuksellinen ja kunnioittava keskusteluyhteys vanhempien ja ammattilaisten välillä on tärkeä. Ilman keskinäistä luottamusta ei voi käydä keskusteluja aroista asioista. On tilanteita, joissa vanhemmat eivät syystä tai toisesta halua nähdä tai kykene näkemään ongelmaa, joka on ammattilaisten mielestä ilmeinen. Näissä tilanteissa työntekijän kannattaa neuvotella oman työryhmänsä kanssa, ja pyytää muiden arviota tilanteesta. Vanhempien valmiutta kooperaatioon kannattaa odottaa, sillä niin kauan kuin lapsi asuu heidän kanssaan, vanhemmat ovat lapsen elämän tärkeimmät vaikuttajat. Usein auttaa, kun vanhemmille kerrotaan avoimesti, minkälaisia jatkotutkimuksia suunnitellaan, ja minkälaisia hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia tutkimusten kautta voi ajeta.

SUOSITUS:

Neuvolan, terveysaseman, päivähoidon, kasvatus- ja perheneuvolan sekä erikoissairaanhoidon välillä sovitaan lasten käytöshäiriöiden ja mielen-terveysongelmien hoitopoluista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Kumpulainen K & Piha J. 2003. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.

16

Perheen erityistilanteet ja niissä tukeminen

16

PERHEEN ERITYISTILANTEET JA NIISSÄ TUKEMINEN

16.1 Sisaruksen sairaus ja lapsen kuolema

Sisaruksen sairaus herättää lapsessa monia negatiivisia tuntemuksia hädän ja huolen lisäksi. Vanhemmilta ei yleensä riitä yhtä runsaasti huomiota perheen muille lapsille. Tämä on omiaan lisäämään sisarkateutta, joka puolestaan tuottaa usein syyllisyyttä (Moilanen 1998). Eri sairaudet vaikuttavat osin eri tavoin. Kohtausoireet ja henkeä uhkaavat tilanteet, kuten vaikea epilepsia, astma tai hydrokefalus pitävät perheen valppaana jatkuvasti. Yhteiset mukavat suunnitelmat, kuten kesäloman vietto, pyrkivät kaventumaan ja sisältämään ehdon: mikäli sairaus antaa myöten. Lapsen diabetes tai ruoka-aineallergia voi mukavuussyistä johtaa muutoksiin koko perheen ruokavaliassa. Monissa tilanteissa lapsi voi kokea itsensä ulkopuoliseksi. Esimerkiksi liikuntavammaisen sisaruksen hoito ja kuntoutus voi viedä vanhempien ajan. Kun sisarus ei kehity normaalisti, vanhempien voi olla vaikeata osoittaa iloaan muiden lasten kehittymisestä. Periytyvä sairaus on usein uhka myös sisaruksille, vaikka aiheutta voi olla vaikea käsitellä lapsen ymmärtämällä tavalla. Erityisesti konkreettinen kuoleman vaara sitoo perheen voimavaroja monin tavoin (Moilanen 1998).

Tyypillisimpiä oirekuvia ovat itseen kohdistuvat oireet kuten masennus ja ahdistus, sekä ulospäin kohdistuvat käyttäytymisen häiriöt ja aggressiot. Toisaalta sisaruksen sairastaminen voi lisätä empatiakykyä ja moraalista kasvua irti itsekeskeisyydestä. Se voi myös itsenäistää ja tuottaa avarakatseisuutta (Moilanen 1998).

Kun sisarus kuolee tai syntyy kuolleena, osa lapsista tekee kaikkensa saadakseen vanhempansa takaisin entisiin rooleihinsa. Vanhemmat voivat saada lohtua lapsen taivasfantasioista ja piirroksista. Toisaalta surevan perheen lapsi saattaa oirehtia rajusti, taantua tai sulkeutua. Lapsi voi käsitellä tapahtuneen väärin. Hän voi syyllistää itsensä. Hän voi olla myös onneton, koska kuollut lapsi on vienyt vanhempien suurimman huomion (Väisänen 2000).

Lapsen kuolema on raskaimpia menetyksiä ihmisen elämässä. On toivottavaa, että terveydenhoitajalta löytyy rohkeutta ottaa yhteyttä lapsensa menettäneen perheen kotiin. Asiakkaat ovat kokeneet yhteydenoton erittäin merkittäväksi. Usein kotikäynti on paras ratkaisu, sillä perheestä voi tuntua erityisen kipeältä tulla neuvolan tiloihin. Varsinkaan alkuvaiheessa vanhemmilla ei ole voimavaroja kohdata tiettyjä muistoja tai toisia lapsiperheitä neuvolassa. KÄPY-yhdistyksen materiaalista on hyötyä vanhemmille ja työntekijöille.

Vanhemmat voivat kokea terveiden sisarusten tarpeet ylivoimaisena taakkana. Siksi keskusteluissa vaanii syyllistämisen vaara. Vanhempien kuunteleminen ja kiireetön pohdinta tukikeinojen löytämiseksi ovat erityisen tärkeitä.

Hoidon porrastuksen takia erikoissairaanhoido on usein paras taho antamaan perheelle tietoa sairaudesta sekä siitä, mikä asia juuri tämän sairauden kohdalla on sisaruksille vaikeaa. Sopeutumisvalmennuskurssit ovat tavallisesti erikoissairaanhoidon järjestämiä. Muilta osin perheiden sosiaalinen tuki olisi onnellisinta saada perusterveydenhuollosta ja perussosiaalihuollosta (Moilanen 1998).

SUOSITUS:

Jokaiselle lapselle varataan oma neuvolatarkastusaikansa. Vaikka sairaan sisaruksen tilanne olisi pulmallisempi, on muistettava, että jokainen tarvitsee henkilökohtaista huomiota. Terveystenhoitaja ottaa yhteyttä lapsensa menettäneeseen perheeseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Eirilainen, samanlainen sisaruus: opas pitkäaikaissairaana tai vammaisen lapsen sisaruksen tukemiseen. 2002. Kehitysvammaisten Tukiliitto, Tampere.

Erkkilä J, Holmberg T, Niemelä S & Ylönen H. 2003. Surevan lapsen kanssa: tuettu suru -projekti. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki. *Kirjassa kerrotaan, miten opimme tunnistamaan lapsen surun sekä auttamaan suruprosessissa, mitä tehtäviä on surutyöllä tai vertaistuellla ja milloin lapsi tarvitsee ammattiapua. Kirja esittelee keinoja, jotka on koettu hyviksi arkipäivän tilanteissa.*

Kätkyt- ja lapsikuolemaperheiden yhdistys KÄPY ry. www.kapy.fi. Julkaisut mm. tukipaketit lapsensa menettäneille.

Melamies N. 2002. Kumpikaan meistä ei pärjää yksin. Sisaruksena perheessä, jossa on vammaisen lapsi. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö. Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvitus, Helsinki.

Väisänen L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Duodecim 116(14):1507-12. Katsausartikkeli.

16.2 Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus

Naisen fyysisessä tilassa, tunteissa, elämäntyyliässä ja suhteissa muihin ihmisiin tapahtuu merkittäviä muutoksia raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Lapsen syntymää seuraavan vuoden aikana naisella on suurempi mahdollisuus kohdata psyykkisiä ongelmia kuin missään muussa elämänvaiheessa.

Herkistyminen, baby blues, on voimakkaimmillaan 3–5 päivää synnytyksen jälkeen. Se kestää yleensä muutamia päiviä. Sen tyypillisiä oireita ovat itkuherkkyys, mielialan vaihtelu, ärtyneisyys, joskus myös ruokailuttomuus ja unihäiriöt. Näitä oireita esiintyy jopa 80 %:lla synnyttäjäistä.

Niiden onkin katsottu olevan normaali osa uuteen elämäntilanteeseen sopeutumista, joka auttaa äitiä vauvan hoidossa. Oireet häviävät normaalisti parin viikon sisällä. Ne eivät vaadi erityistä hoitoa, vain ymmärtämystä ja tukea. Herkistyminen lisää kuitenkin masennukseen sairastumisen vaaraa: 20 %:lla äideistä herkimistä seuraa synnytyksen jälkeinen masennus (Perheentupa 2003).

Synnytyksen jälkeinen *masennus* kestää kuukausia. Synnytyksen jälkeinen masennus on melko yleistä. Siitä kärsii arviolta 15–20 % synnyttäneistä. Lievät masennuksen oireet jäävät usein huomaamatta äideiltä itseltäänkin. Toisaalta monet äidit häpeävät sitä, etteivät pärjää kaikkien lapseen ja äitiyteen liittyvien haasteiden kanssa. Tällöin masennuksen oireita pyritään piilottelemaan. Synnytyksen jälkeinen masennus ei ole pelkästään äitien ongelma, vaan isilläkin on todettu tavallista enemmän mielialan häiriöitä.

Puerperaalipsykoosiin sairastuu 1–2 äitiä tuhannesta (Perheentupa 2003). Sairaudesta on tyypillistä todellisuudentajun pettäminen ja hallusinaatiot. Tauti puhkeaa tavallisesti kahden viikon kuluessa synnytyksestä. Siihen liittyy syvä masennus tai maanisia piirteitä, unettomuus, poikkeava puheliaisuus ja sekavuus. Lapsivuodeajan psykoosi on aina vakava häiriö, sillä se saattaa olla hengenvaarallinen sekä äidille että lapselle. Puerperaalipsykoosipotilaat kuuluvat aina psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin.

Vastasyntyttäneiden ja pienten lasten äitien masennuksen hoitaminen on tärkeää paitsi äitien hyvinvoinnin, myös lapsen emotionaalisen kehittymisen takia. Masentuneen äidin ja vauvan vuorovaikutus on yleensä niukkaa. Amerikkalaisessa prospektiivisessä tutkimuksessa todettiin, että alle yksivuotiaan lapsen äidin masennus aiheutti lapselle sisänpäin suuntautuvia oireita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Toisaalta masentuneiden äitien lapsilla ilmeni selvästi muita enemmän ulospäin suuntautuvia oireita, kuten uhmaa, käyttäytymishäiriöitä ja aggressiivisuutta. (Essex ym. 2001.) Äidin masennuksen ehkäiseminen ja hoitaminen ehkäisee todennäköisesti siis myös lapsen depressiivisyyttä, ahdistusherkkyyttä ja erilaista häiriökäyttäytymistä ja tukee siten lapsen normaalia kehitystä.

Synnytyksen jälkeiselle masennukselle altistavat tekijät. Hormonaalisilla muutoksilla on todennäköisesti merkitystä masennuksen syntyyn, mutta hormonaalisten ja psykologisten tekijöiden keskinäistä vaikutusta tunnetaan vielä puutteellisesti. On ilmeistä, että osalla äideistä masennus liittyy äitiyteen ja synnytykseen. Osalla puolestaan masennuksen synty ei liity mitenkään äidiksi tulemiseen, vaan masennus on 'vanhan mielialahäiriön' uudelleen puhkeamista. Terveystieteiden ja lääkärin kannattaa huomioida eräitä tekijöitä, joiden tiedetään lisäävän riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen:

Äitiin liittyvät tekijät: Masennushistoria itsellä tai suvussa. Ennen synnytystä todettu masennus. Itsearvostukseen liittyvät vaikeudet äitinä. Ruokinta voi olla keskeinen äidin itsetuntoa määrittävä tekijä: (ongelmitta sujuvaa) rintaruokintaa korostava ja ihannoiva 'äitiyskulttuuri' ja sitä voimakkaasti suositteluva terveydenhuolto voi tuntua äidistä ahdistavalta. Rintaruokinnan puuttuminen näyttääkin liittyvän kasvaneeseen masennusriskiin. On kuitenkin vaikea tietää, onko vaikeus rintaruokinnassa masennuksen syy vai seuraus jostain muusta tekijästä, joka puolestaan liittyy suoraan masennukseen. Ei-suunniteltu raskaus. Vaikea baby blues. Ongelmanratkaisutapa: riskiryhmän muodostavat ne äidit, jotka käyttävät ns. emootiokeskeisiä keinoja eli kieltävät ongelmat, pakenevat niitä, toivovat niiden korjautuvan itsestään.

Synnytykseen liittyvät tekijät: Puuttuva tuki synnytyksen aikana. Supistuksiin tai synnytykseen liittyvät komplikaatiot (äidillä tai lapsella). Synnytys, joka ei vastaa äidin mielikuvia. Ennenaikainen tai yliaikainen synnytys. Äidin ja lapsen erottaminen. Varhainen kotiutus sairaalasta synnytyksen jälkeen. Pitkittynyt sairaalassaolo liittyy myös masennusriskin kasvuun. Kuitenkin näissä tilanteissa synnytykseen on liittynyt komplikaatioita tai lapsen tilanne on vaatinut pidempää sairaalahoitoa, mikä selittää riskin kasvun.

Lapsen liittyvät tekijät: Kaksoset tai kolmoset. Negatiiviset tunteet lasta kohtaan, puutteellinen kiintymys. Lapsen terveyteen liittyvät ongelmat. 'Ei toivottu' lapsi (esim. sukupuoli, ulkonäkö). 'Vaikea lapsi' (temperamentti, ruokinta, nukkuminen, muut hoitovaikeudet); on todettu, että lapsen temperamentti selittää jopa 30 % äitien synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät tekijät: Heikot suhteet puolisoon tai ei puolisoa. Äidin elämässä on samaan aikaan muita suuria stressitekijöitä. Perheessä vanhempi lapsi tai vanhempia lapsia. Puuttuva perheen ulkopuolinen tuki stressi- ja ongelmatilanteissa: partnerikin on hyvä tuki, mutta usein hän kokee itsekin samaa stressiä ja samoja ongelmia kuin äitikin. Äidin työttömyys (ei mahdollisuutta itsestä riippumattomista syistä palata työelämään äitiysloman jälkeen) tai isän työttömyys.

Synnytyksen jälkeistä masennusta pidetään ennusteeltaan hyvänä, ja paraneminen tapahtuu usein nopeasti. Tyypillisesti oireet helpottavat hiljalleen kuukausien kuluessa. Masennusvaiheen kesto ilman hoitoa on keskimäärin seitsemän kuukautta. Täydellisen toipumisen todennäköisyys on hyvä. Synnytyksen jälkeinen masennus voi kuitenkin laukaista pitkäkestoisen masennuksen ja ahdistuneisuuden. Mielen tasapaino saattaa olla häiriintynyt vuosia. Masennusvaiheiden toistuminen on tyypillistä. Tämä onkin syytä huomioida hoitoa suunniteltaessa. Masennuksen uusiutumisen riski on erityisen suuri seuraavien synnytysten yhteydessä, jopa 40 %. (Perheentupa 2003.)

Lomake (ks. liite 13a) voi auttaa masennuksen tunnistamisessa. Kyseinen lyhyt lomake (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) on myös suomalaisissa tutkimuksissa osoittautunut käyttökelpoiseksi (Tamminen 1990, Luoma 2004). Lomake on suositeltavaa täyttää esim. 6–8 viikkoisen vauvan tarkastuksen yhteydessä. Kun äiti ja terveydenhoitaja käyvät kysymykset läpi yhdessä, ei aina ole tarpeellista pisteyttää vastauksia. Kysely antaa tukea ja rohkeutta ottaa arkojakin aiheita puheeksi.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito. Lievissä tapauksissa saattaa riittää äidin tukeminen ja rauhoittaminen. Usein tarvitaan apua lasten ja kodin hoidossa. Äidille pyritään luomaan perheestä ja ystävistä koostuva tukiverkosto sekä säännöllinen mielenterveyskontakti. Äitiä auttaa, jos hän voi puhua tilanteestaan ja tunteistaan muille naisille. Isän rooli on erityisen merkittävä, kun äiti on masentunut (myös luku 6.2). Pariterapia saattaa joissakin tapauksissa olla tarpeen. Yhteistapaamisella on aina merkitystä. Äidin ja vauvan vuorovaikutuksen tukeminen on tarpeen.

Masentunut äiti tarvitsee psyykkistä tilaa, jossa hän voi tuntea olevansa hyväksytty omana itsenään. Neuvot ja ohjeet helposti vain lisäävät hänen häpeäänsä ja syyllisyyttään. Äiti kaipaa kokemusta siitä, että hänen kaikki ristiriitaiset tunteensa ymmärretään ja otetaan vastaan (Mäenpää-Reenkola 1997). Hän tarvitsee aikaa ja tukea uuden identiteetin rakentamisessa. Muut samassa tilanteessa olevat ymmärtävät hänen tunteitaan. Vieraille puhuminen on usein helpompaa kuin aivan tutuille. On tärkeää, että äiti tunteineen saa osakseen hyväksyntää.

Jos masennus jatkuu pitkään, paras hoitomuoto on lääkitys ja siihen yhdistetty terapia tai muut tuki- ja hoitomuodot.

Koska masennusvaiheiden toistuminen on tavallista, suositellaan yleensä kuuden kuukauden yhtämittaista hoitoa. Terapiavaihtoehdoista yksilöterapian menestyksellisyys on dokumentoitu, mutta ryhmäterapian hyödyistä ei ole näyttöä (Perheentupa 2003). Lääkehoitovaihtoehdoista ks. tarkemmin Perheentupa 2003. Niissä tapauksissa, joissa äidin ja vauvan vuorovaikutussuhteen häiriö on keskeinen, tarvitaan erityistason terapiaa, jolla pyritään vaikuttamaan varhaiseen vuorovaikutukseen.

Synnytyksen jälkeinen masennus on tavallinen sairaus, jonka hoidossa lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyö on tärkeää. Lastenneuvolatyöryhmässä tilanteesta kannattaa neuvotella myös psykologin ja perhetyöntekijän kanssa. Myös synnytyssairaalalla ja äitiyspoliklinikalla on tärkeä osuus masennuksen havaitsemisessa.

SUOSITUS:

Paikallisen sopimuksen mukaisesti synnytyksen jälkeistä masennusta seulotaan joko äidin synnytyksen jälkitarkastuksessa tai viimeistään lapsen 6–8-viikkoistarkastuksen yhteydessä. Vanhempien mielialoja havainnoidaan jokaisessa tapaamisessa.

Äitiys- ja lastenneuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden kesken sovitaan synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontatavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja tarvittavasta lisäkoulutuksesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Hertzberg T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. Duodecim 116(14), 1491-7. *Katsausartikkeli.*

- Luoma I & Tamminen T. 2002. Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. Suomen Lääkärilehti 41, 4093-4096. *Katsausartikkeli*.
- Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus - onko vika hormoneissa? Suomen Lääkärilehti 4, 387-391. *Katsausartikkeli*.
- Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt. Lääkärin käsikirja 17.4.2003. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

16.3 Vanhempien psyykkiset sairaudet

Vanhemman mielenterveysongelmat heijastuvat usein parisuhteeseen, vanhemmuuteen, perheen toimintatapoihin ja näiden kautta lasten kehitykseen. Terve vanhempi on toisen vanhemman sairastaessa erityisen tärkeä lapsen ja koko perheen kannalta, ja hän tarvitsee usein erityistä tukea. Noin 40 % masennusta kärsivien potilaiden puolisoista tarvitsee psykiatrasta apua. Näiden perheiden auttaminen ei voi rajoittua äidin ja lapsen vuorovaikutuksen tukemiseen. Psykiatrisen avun lisäksi tarvitaan perhe- ja sosiaalityön apua.

Mielenterveyden ongelmat ovat harvoin perheiden ainoa ongelma. Mukana kulkevat, toinen toisiaan pahentaen, avioristiriidat, päihteiden käyttö, ahdas asuminen, taloudelliset ongelmat, työttömyys, ja monitasoinen syrjäytyminen. Riskitekijöiden kasautuessa lapsen vaara sairastua kasvaa moninkertaiseksi.

Työmenetelmät, joilla tuetaan lapsen kehitystä ja perheitten toimivuutta, parisuhdetta ja vanhemmuutta, ovat erityisen tärkeitä mielenterveyden häiriöistä kärsivien vanhempien perheille. Kun vanhemmalla on mielenterveyden häiriö, neuvolan on huolehdittava yhdessä muiden yhteistyötahojen kanssa:

- lapsen turvallisuudesta: onko perheessä väkivaltaa.
- lapsen perushoivasta: toimiiko vanhemmuus. Arjen rutiinit, ruoka, puhtaus ja vaatehuolto, aikuisen läsnäolo, rajat jne.
- lapsen oman psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnista.
- tuesta perheelle ja lapsen kehitykselle: neuvola voi toimia lasten edun näkökulmasta asiantuntijaresurssina aikuispsykiatrian suuntaan.
- 3-vuotiaalle ja sitä vanhemmalle lapselle kerrotaan ymmärrettävällä tavalla vanhemman sairastamisesta ja sen ilmenemisestä vanhemman toiminnassa.

Neuvolatapaamiset kannattaa järjestää joustavasti ja yksilöllisesti, ja niihin kannattaa varata tavallista enemmän aikaa. Kotikäynnit ovat suositeltavia. Mielenterveysongelmaisella vanhemmalla ei aina ole voimia lähteä neuvolaan, vaikka vanhemmilla on yleensä hyvä motivaatio saada lapsilleen apua. Moni lapsi tarvitsee oman terapiansa, joten mukaan arviointiin on syytä kytkeä myös neuvolalääkäri. Tilanteista on hyvä puhua tiimissä. Terapiajärjestelyt riippuvat paikallisista olosuhteista.

Neuvolahenkilökunnan tehtävänä on tukea vanhempia itse auttamaan lapsiaan. Vanhemmille kerrotaan lasta suojaavista tekijöistä, kuten siitä, että hyvä suhde ainakin toiseen vanhempaan olisi perheessä erityisen tärkeä. Äidin sairastaessa isät jäävät usein etäisiksi lapsilleen. Syynä tähän voivat olla työpäivien piteneminen taloudellisten vaikeuksien vuoksi, mutta myös aviolliset ristiriidat ja isän väsymys. Lasta suojaa myös ymmärrys vanhemman ja koko perheen tilanteesta. Vanhempia tuetaan kertomaan lapselle ymmärrettävällä tavalla vanhemman ongelmista ja sen ilmenemisestä vanhemman toiminnassa. Neuvolan henkilökunta voi myös selittää asiaa lapselle, jos vanhemmat sitä pyytävät. Silloinkin vanhempien tulisi olla läsnä.

Mielenterveysongelmista kärsivät vanhemmat ja heidän lapsensa hyötyvät omista ryhmistään. Näistä on esimerkiksi Hollannissa kokemuksia jo 15 vuoden ajalta. Tällaisten ryhmien tarpeellisuudesta kannattaa keskustella paikallisesti kasvatus- ja perheneuvolan kanssa.

Neuvolan kannattaa tehdä yhdessä paikallisten mielenterveyspalveluorganisaatioiden kanssa kirjallinen sopimus yhteistyömenettelyistä. Voidaan esimerkiksi sopia, että aikuisten mielenterveystoimisto tai alueen psykiatrisen sairaanhoidon yksikkö liittyy rutiineihinsa kysymyksen asiakkaidensa lapsista. Myös siitä on hyvä sopia, että lastenneuvolaan voidaan antaa tieto vanhemman sairaudesta. Kun vanhemman psyykkisen kriisin vuoksi kootaan työryhmää, lastenneuvolatyöryhmän jäsenen tulisi olla osa tätä ryhmää. Tämä jäsen voi olla joko lapsen terveydenhoitaja, perhetyöntekijä, psykologi tai lääkäri, joka tuo esiin lapsen ja koko perheen näkökulmaa.

Vanhempien psyykkisiä ongelmia kohtaava ammattilainen tarvitsee myös työnohjausta.

SUOSITUS:

Neuvolan, terveysaseman, erikoissairanhoidon ja mielenterveyspsykiaköiden kesken sovitaan mielenterveysongelmaisten vanhempien lasten seurannasta ja hoidosta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Solantaus T, Bardslee W & Inkinen M. (toim.) 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Helsinki.

Solantaus T & Ringbom A. 2002. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Stakes, Helsinki. *Ilmaista opasta voi tilata postikustannuksin Omaisat Mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry:stä puh 09-686 0260 tai sähköpostitse otu@omaisetpsyuusimaa.fi*

16.4 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen

Ks. myös luvut 3.6.1 Yhteistyö kotipalvelun ja lastensuojelun kanssa, 15.10 Lapsen käytöshäiriöt ja mielenterveysongelmat, 16.5 Väkivalta parisuhteessa, 16.6 Vanhempien päihteiden käyttö.

Kaltoinkohdeltuja lapsia on olemassa, vaikka tämän tosiasian kieltäminen emotionaalisesti on tavallista. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä pahoinpitelyä, psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä tai puutteellista hoitoa. Alle yksivuotiaista vauvoista joutuu aktiivisen fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi n. 1 % ja kaltoinkohtelun kohteeksi kaikkiaan n. 4 % (Christensen 1996). Laiminlyönti voi olla aktiivista, jolloin lapsi jätetään tietoisesti ilman lohduttavaa kontaktia. Se voi olla myös passiivista, esimerkiksi äidin masennuksesta johtuvaa ”poissaoloa”. Kaltoinkohtelu voi johtaa vakaviin psyykkisiin ja fyysisiin vammoihin. Sitä voi havaita vain, jos mieli on avoin. Työn lähtökohtia on vuoropuhelu vanhempien kanssa, mutta lapsen edun pitää olla ammattilaisen mielessä etusijalla.

Vauvan ravistelu aiheuttaa pienelle lapselle erityislaatuisen oireyhtymän, jota kutsutaan ”Shaken baby syndroomaksi” (SBS). Oireyhtymä syntyy, kun aikuisen kokoinen ihminen ravistelee vauvaa rajusti. Voimakas ravistelu 4–5 kertaa edestakaisin kestää noin kaksi sekuntia ja 40–50 kertaa kestää noin 20 sekuntia. Lapsi ei voi aiheuttaa vammoja itse. Vammat eivät synny myöskään reippaissakaan hytkyttelyleikeissä, sisarusten kanssa leikkiessä eikä esim. vauvan ollessa selkärepuissa aikuisen kävellessä nopeatempoisesti. Tavallisimmin ravistelun kohteeksi joutuu 5–9 kuukauden ikäinen vauva. SBS:n riskitekijöitä ovat vanhempien nuori ikä, runsas päihteidenkäyttö, mielenterveysongelmat, uupumus sekä omat väkivallan kokemukset lapsuudessa. Lapseen liittyviä riskitekijöitä ovat lapsen nuori ikä, keskosuus ja itkuisuus. Erityinen piirre on mahdollinen itseään ruokkiva pahoinpitely: itkevä lapsi hiljenee ravistelulla, minkä vuoksi se toistetaan.

Ravistelu voi saada aikaan suoria aivovammoja, kaularangan alueen selkäydinvammoja, silmän sisäisiä vammoja sekä raajojen murtumia. Jos ravisteluun liittyy lapsen paiskaaminen alustaa vasten, nähdään löydöksenä usein myös kallonmurtuma. Diagnoosin tekeminen vaatii erityistä valppautta, koska anamneesi on eri tutkimusten mukaan 92–95 %:ssa tapauksia puutteellinen. Lapsen oireet vaihtelevat lievistä hengenvaarallisiin. Tavallisimpia oireita ovat oksentelu, itkuisuus, huono syöminen, tajunnantason häiriöt, hengityskatkokset, kohtausoireet ja jäykistely. Yleisimmät kliiniset löydökset ovat aivojen kovakalvon alaiset verenvuodot ja silmänpohjaverenvuodot.

Tutkimusten mukaan SBS:n esiintyvyyttä voidaan ehkäistä mm. asiallisella informaatiolla. Tiedetään, että erityisesti pienet itkuiset imeväiset ovat alttiina joutua ravistelun kohteeksi. Siksi vanhemmille on syytä kertoa ravistelun vaarallisuudesta ja antaa jo etukäteen ja toistuvasti keinoja

itkevän vauvan rauhoittamiseen. Pelkän koliikkivaivan diagnosoiminen ei riitä, vaan perheen tilanteeseen ja vanhempien jaksamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Vanhemmilla tulisi olla selvillä paikka, johon he voivat ottaa yhteyttä omien voimiensa loppuessa.

Pienten lasten kohdalla varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi on keskeistä (Mäntymaa & Tamminen 1999). Kaikkien neuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien, perhetyöntekijöiden ja lääkäreiden tulisi saada koulutus varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden ja kaltoinkohteluun viittaavien tekijöiden havaitsemiseen ja vuorovaikutuksen tukemiseen.

Vastaanottotilanteessa on hyvä tarkkailla, millä tavalla lapsi ja vanhempi kommunikoivat keskenään. Huolestuttavaa on (Söderholm 2000), jos:

- äidin/isän ja ammattilaisen käsitykset lapsen hyvinvoinnista ja mahdolliset huolet lapsesta eroavat oleellisesti toisistaan
- äiti/isä ei pidä ongelmallista tilannetta ongelmallisena
- äiti/isä on vihamielinen, syyttelevä tai loukkaava lasta kohtaan
- äiti on väkivallan kohteena parisuhteessaan
- lapselle ei anneta tilaa
- äiti/isä ei "näe" tai "kuule" lasta
- äiti/isä ei pysty lohduttamaan lasta
- äiti/isä ei osaa käsitellä lasta
- äidin/isän suuttuminen viranomaisille on suurempi kuin huoli lapsesta
- lapseen on vaikea saada katsekontaktia
- lapsi on poikkeuksellisen arka ja passiivinen
- lapsi on vihamielinen, kiukkuinen, levoton tai pelokas
- lapsi viestittää tai kertoo kaltoinkohtelustaan
- lapsi ei halua lähteä vastaanotolta
- lapsella on epämääräisiä mustelmia epänormaaleissa paikoissa
- lapsi tekee väistöliikkeitä vanhemman lähestyessä

Työntekijän tehtävä on aina kartoittaa kaikkien osapuolten (vanhempien, lapsen, työntekijän) huolet ja koota ne selkeästi. Huolten kartoitus auttaa näkemään selkeämmin, onko asiantuntijoiden ja vanhempien näkemysten välillä ristiriitaa.

Lapsiaan pahoinpiteleviä vanhempia luonnehtii, että vanhemmat ovat valmistautumattomia vanhemmuuteen, he eivät ymmärrä lapsen kehitykseen liittyviä vaikeuksia ja rajoituksia eri ikävaiheissa eivätkä he tiedä, miten suhtautua tai kasvattaa lapsia ilman väkivallalla uhkailua (Elliot 1993). Vanhemmalla voi olla puutteellinen kyky ymmärtää realistisesti lapsen tarpeita tai kykyjä huolehtia itsestään. Puutteellinen vanhemmuus tarkoittaa myös empatian puutetta: kyvyttömyyttä asettaa lapsen tarpeita omien tarpeidensa edelle ja kyvyttömyyttä positiiviseen vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Oma tuskaa ja frustraatioita ei pidä purkaa lapseen. (Killén 1996, Söderholm 1997.)

Kaltoinkohtelupäily edellyttää aina yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Lastenneuvolan työntekijän on syytä keskustella aiheesta omassa neuvolatyöryhmässään. Aina, kun herää kaltoinkohtelupäily, on lastensuojelulain nojalla tehtävä viipymättä lastensuojeluilmoitus. Ilmoituksen syy, herännyt huoli, pitää aina selittää vanhemmille. Ilmoitus on yhteistyöaloite, joka merkitsee lisätukea perheelle. Lastensuojeluilmoituksesta huolimatta neuvolaseurannan tulee jatkua. Jokainen perhe tarvitsee oman tarpeenmukaisen tukitiiminsä, joka jatkaa verkostoyhteistyötä (ks. luku 3.5).

SUOSITUS:

Neuvolahenkilökunta, ja mieluiten moniammatillinen yhteistyöverkosto, saa koulutusta kaltoinkohtelun tunnistamiseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Holmberg 2002. Lapset ja perheväkivalta. Stakes/Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti ja Lasten keskus. *Tietoa lapseen kohdistuvan väkivallan tunnistamisesta ja lapsen tukemisesta.*
- Killén K. 1996. Svikna barn. Wahström & Widstrand. *Ruotsinkielinen kirja sisältää paljon työkaluja vanhemmuuden arviointiin ja esimerkkejä tilanteista, joissa vanhemmuus on puutteellista.*
- Lapsen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön epäilyyn liittyvien selvitysten ohjeet ovat muuttuneet. Kuntatiedote 9/2003. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Paavilainen E. 1998. Kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. *Hoitotiede* 8(3), 111-118.
- Söderholm A. 2000. Lääkäri ja lastensuojelu. *Suomen Lääkärilehti*, 23, 2562-5.
- Söderholm A, Halila R, Kivitie-Kallio S, Mertsola J, Niemi S (toim.) 2004. Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Taskinen S. (toim.) 2003. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. *Oppaita* 55. Stakes, Helsinki.

16.5 Väkivalta parisuhteessa

Ks. myös luku 16.4 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen.

Tilastokeskuksen tekemän laajan kyselytutkimuksen mukaan (Heiskanen & Piispa 1998) nuoret parisuhteessa olevat naiset ovat parisuhdeväkivallan riskiryhmä. Avoliitossa olevista naisista, joilla oli alle 7-vuotiaita lapsia, 17 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa tutkimusta edeltäneen vuoden aikana. Vastaava luku avioliitossa olevista oli 11 %. Äitiyslomalla tai hoitovapaalla oleviin naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta oli hieman keskimääräistä yleisempää. Parisuhteen näkökulmasta on tarpeen pitää mielessä, että myös naiset voivat harjoittaa fyysistä tai henkistä väkivaltaa: noin 10 % väkivallasta tapahtuu naisten toimesta.

Stakesin naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojektissa (1998–2002) äitiysneuvolan asiakkaana olevista naisista 17 % oli joutunut nykyisessä parisuhteessaan väkivallan kohteeksi. Lastenneuvolan asiakkaista väkivaltaa oli kokenut 19 %. Tutkimuksessa havaittiin myös, että miehen käyttämä eri muotoinen eristävä, alistava tai pelotteleva käyttäytyminen nosti naisen riskiä joutua parisuhdeväkivallan kohteeksi 2,5–10,7-kertaiseksi. Siksi neuvoloissa on tärkeää keskustella naisten kanssa heidän kokemuksistaan parisuhteessa.

Kun mies pahoinpitelee puolisoaan, 40–80 % lapsista joutuu tilanteiden silminnäkijäksi tai he kuulevat väkivallan ääniä (Perttu 2004). Myös parisuhdeväkivallan sivusta seuraaminen on lapseen kohdistuvaa henkistä väkivaltaa. Väkiältä vie tilaa vanhemmuudelta. Väkivallan traumatisoima ja tilanteen uuvuttama äiti saattaa alkaa käyttäytyä väkivaltaisesti lapsia kohtaan. Vaikeimmillaan tilanne voi johtaa lasten hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiin (Paavilainen 1998, Perttu 2004). Väkiolaisen perheen lapselle sekä henkinen että fyysinen väkiältä on normaalia perhetilannetta – hänellä ei ole kokemusta muusta. Moni väkiältä harjoittava kokee omien kokemustensa nojalla, että väkiältä on ”normaali” tapa toimia (Paavilainen 1998). ”Väkiollan traditio” periytyy. Siksi parisuhdeväkivallan havaitseminen ja sen puheeksi ottaminen lastenneuvolatyössä on erittäin tärkeitä. Pienten lasten äiteihin kohdistuvan parisuhdeväkivallan ehkäiseminen on lastensuojelua.

Väkiollan uhrina olevista naisista vain noin 30 % hakee apua viranomaisilta. Heistä useimmat hakivat apua terveyskeskuksesta fyysisiin vammoihinsa (Heiskanen & Piispa 1998). Parisuhdeväkivallan aktiivinen tunnistaminen on tärkeä osa neuvolatyötä. Tavallisimmat fyysisen väkiollan merkit ovat punoitus, nirhaumat, haavat, mustelmat ja ruhjeet erityisesti suun, kasvojen, kaulan, hiuspohjan sekä käsi- ja olkavarsien alueella. Työntekijän tulee kiinnittää huomiota toistuviin tai eri paraneimisvaiheessa oleviin vammoihin sekä siihen, vastaako vammojen sijainti, muoto tai tyyppi naisen kuvaamaa syntymekanismia. Vammat saattavat sijaita myös vaatteiden peittämällä alueilla selän ja vatsan alueella sekä käsivarsissa. Väkiollan kuvaamisessa tulisi käyttää tarvittaessa apuna kehokarttaa. Kehokartta on hyödyllinen kuvattaessa erityisesti samanlaisia useita vammoja.

Väkiolalta aiheuttaa uhrille myös henkisiä trauman oireita, joiden tunnistaminen on tärkeää. Myös väkiolalta nähneet tai kuulleet lapset kärsivät trauman oireista. Trauman oireita voivat olla mm. ristiriitaiset tunteet ja mielialojen nopea vaihtelu, jolloin nainen saattaa perua päätöksensä ja sanojaan. Hän voi kärsiä masennuksesta, ahdistuksesta, keskittymiskyvyttömyydestä ja muistamattomuudesta, jolloin hän voi jättää vastaanottoaikoja käyttämättä eikä muista perua niitä. Hän saattaa vaikuttaa alistuneelta, passiiviselta ja pelokkaalta. Usein väkiollan kohteena olevat naiset alkavat käyttää alkoholia aikaisempaa enemmän, tupakointi lisääntyy, heillä on uni- tai rauhoittavien lääkeaineiden väärin-

käyttöä tai huumeiden käyttöä. Naisilla voi olla myös itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä.

Väkivalta aiheuttaa uhrille jatkuvan stressitilanteen, jolloin hänellä voi olla kärsimättömyyttä tai vihanpurkauksia lapsia kohtaan. Hän joutuu myös usein olemaan ikään kuin kilpenä lasten ja väkivaltaa käyttävän miehen välillä: hän yrittää pitää lapset kiltteinä ja hiljaisina väkivallan estämiseksi. Silloin, kun isä on mukana lastenneuvolakäynnillä, on tärkeää havainnoida isän asennoitumista ja käyttäytymistä äitiä ja lasta kohtaan esimerkiksi lapsen hoitotilanteessa. Myös naisen erilainen käyttäytyminen lapsen isän läsnäollessa saattaa olla merkinä häneen kohdistuvasta väkivallasta.

Usein väkivallan tekijä pyrkii eristämään uhrin sosiaalisista suhteista ja osallistumisesta kodin ulkopuoliseen elämään. Tällöin naisella ei ole esimerkiksi ystäviä, ja hän tapaa harvoin tai ei lainkaan sukulaisiaan. Väkivallan tekijä saattaa myös kontrolloida naisen rahan tai ajan käyttöä. Monet naiset joutuvat hermostuneena kiirehtimään vastaanotolta pois tarkkojen kotiintuloaikojen vuoksi. Usein väkivaltaa käyttävät miehet haluavat olla läsnä kaikissa keskusteluissa ja tutkimuksissa neuvolassa säilyttääkseen kontrollin ja väkivallan salaisuuden. Tämän vuoksi ruotsalaiset tutkijat haluavat kyseenalaistaa näkemyksen, jonka mukaan miehen tulisi olla läsnä jokaisella neuvolakäynnillä. He ehdottavat työkäytännöksi, että naiset voivat tietyille neuvolakäynneille tulla ainoastaan lapsen kanssa. Tämä helpottaa myös väkivallasta kysymistä, eikä vaaranna naisen ja lasten turvallisuutta.

Puheeksi ottamisen periaatteet ja ohjeet

Usein uhri ei kerro oma-aloitteisesti kokemastaan väkivallasta. Syinä tähän ovat hänen kokemansa syyllisyys ja häpeä sekä leimautumisen pelko. Myös lasten menettämisen pelko on uhreilla yleistä. Pelko syntyy, jos väkivallan tekijä uhkailee, pelottelee tai mitätöi naista äitinä.

Usein väkivalta sivuutetaan nopeasti sen tapahduttua. Näin erityisesti silloin, kun väkivallan tekijä pyrkii sopimaan ja hyvittämään tapahtunutta. Myös uhri saattaa ajatella, että väkivaltainen tapahtuma ei toistu.

Puheeksi ottamisen tärkeimmät periaatteet ovat:

- uhrin ja lasten turvallisuudesta huolehtiminen
- uhrien oikeuksien puolustaminen
- uhrin oikeusturvan huomioiminen

Huomioi puheeksi ottamisessa ja keskustelussa seuraavat asiat:

- uhrin ja lasten turvallisuus: luo aina kahdenkeskinen tilanne, sillä väkivallasta kysyminen kumppanin tai muiden läheisten läsnä ollessa saattaa aiheuttaa väkivallan uusiutumisen vaaran.
- kysy oma-aloitteisesti väkivallasta, älä odota hänen aloitettua. Näin osoitat hänelle ottavasi ammatillista vastuuta hänen tilanteestaan ja edesautat luottamuksellisen suhteen syntymistä.

- keskitä koko huomiosi naiseen, älä tee paperitöitä samanaikaisesti.
- kysy levollisesti ja selitä, että väkivallasta kysyminen on tämän neuvolan työtapaa.
- kysy väkivallasta suoraan ja kiertelemättä. Näin osoitat omalla esimerkilläsi, että väkivallasta saa ja voi puhua.
- luo luottamuksellinen suhde naiseen: naisten kokema kynnys kertoa mahdollisesta väkivallasta laskee, jos kysymys esitetään turvallisissa ja luottamuksellisissa olosuhteissa ja jos kysyjänä on koulutettu, empaattinen, ei-tuomitseva ja naisen terveyttä ja hyvinvointia kohtaan aitoa mielenkiintoa osoittava terveydenhoitaja.
- vakuuta naiselle, että väkivalta on aina väärin, se ei ole hänen syynsä ja se on rikos.
- kysy myös lapsista ja ilmaise huolesi heidän hyvinvoinnistaan.
- anna naiselle tietoa väkivallan muodoista ja erityisesti henkisestä väkivallasta, sillä sitä on vaikeinta tunnistaa. Henkinen väkivalta on keskeisintä uhrin ja lasten traumatisoitumisessa. Kerro väkivallan uusiutumista vaarasta ja pahenemisesta ajan mittaan. Kerro väkivallan vaikutuksista lapsiin. Kerro myös väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvistä piirteistä.
- ohjaa nainen lääkärin vastaanotolle. Lääkärin on tärkeää dokumentoida tapahtunut uhrin kertomana. Vaikka nainen ei tarvitsisi nyt dokumentteja, hän voi tarvita niitä myöhemmin tehdessään mahdollisesti rikosilmoituksen tai hakiessaan lähestymiskieltoa. Keskustele myös rikosilmoituksen merkityksestä. Anna tietoa olemassa olevista palveluista kuten rikosuhripäivystyksestä (www.rikosuhripaivystys.fi).
- etsi yhdessä naisen kanssa paras tapa jatkaa väkivallan käsittelyä ja katkaisutoimenpiteitä. Tähän tarvitaan muita viranomaisia mukaan. Pyydä naiselta lupa saada keskustella hänen tilanteestaan omassa työryhmässäsi.
- perhetilanteessa, jossa on väkivaltaa, ei pidä järjestää yhteisiä keskusteluja väkivallan tekijän ja uhrin kanssa uhrin ja lasten turvallisuuden vuoksi. Kysy uhrilta, voiko hänen ja lasten turvallisuutta vaarantamatta joku muu ottaa yhteyttä väkivaltaisesti käyttäytyvään osapuoleen.
- Keskustele naisen kanssa lastensuojelullisista toimenpiteistä ja kerro niiden merkitys. Voitte yhdessä ottaa yhteyttä lastensuojeluviranomaisiin.

Parisuhdeväkivallan seulonnan avuksi äitiys- ja lastenneuvoloissa on kehitetty lomake (Liite 14). Lomake on muokattu ja testattu osana Sirkka Pertun (2004) tutkimushanketta.

SUOSITUS:

Väkivallasta kysytään kaikilta naisilta viimeistään lapsen puolivuotistarkastuksen yhteydessä sekä sen jälkeen tasavuositarkastuksissa. Parisuhdeväkivallan seulonnassa tulisi käyttää työvälineenä seulontalomaketta, jossa huomioidaan fyysisen väkivallan ohella myös henkinen ja lapsen kohdistunut väkivalta. Paikallisesti sovitaan eri viranomaisten ja muiden auttajatahojen yhteiset menettelytapaohjeet. Työntekijöille järjestetään täydennyskoulutusta, työnohjausta ja muuta tukea väkivaltilanteiden käsittelyä varten.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Holmberg 2002. Lapset ja perheväkivalta. Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti. Stakes ja Lasten keskus. *Tietoa lapsen kohdistuvan väkivallan tunnistamisesta ja lapsen tukemisesta.*
- Naiset, miehet ja väkivalta. Suomen evankelisluterilaisen kirkon näkökulmia perheväkivaltaan. 2000. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 1. *Tilaukset Kirkkohallitus, Julkaisu- ja AV-myynti, pl 185, 00161 Helsinki.*
- Oranen M. 2001. Perheväkivallan varjossa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 30. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki.
- Oranen M. 2003. Lapset ja perheväkivalta. Lääkärin käsikirja. 17.3.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi.
- Perttu S. 1999. Perheväkivalta auttamistyössä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 21. *Kirjassa on tarkat ohjeet väkivallan dokumentoimiseksi.*
- Perttu S. 1999. Päänavaus selviytymiseen. Väkivaltaa kokeneiden naisten käsikirja. *Kirjasta voi tilata Naisten kulttuurikeskuksesta, p. 09-642 277 tai tulostaa maksutta suomen-, ruotsin- venäjän- tai vironkielisenä osoitteesta www.stakes.fi/sexviolence.*
- Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva väkivalta ja seulonta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Selvityksiä, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. *Ilmestyy 2004.*
- Rautava M & Perttu S (toim). 2002. Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen. Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti 1998–2002. Stakes, Helsinki.
- Tavoitteena elämä ilman väkivaltaa. Oulun läänin perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyprojekti 1998–2002. Oulun lääninhallitus, OYS psykiatrian klinikka ja Stakes. Oulun lääninhallituksen julkaisusarja 92/2002. (www.intermin.fi/olh). *Runsaasti tukimateriaalia perheväkivaltaa kokeneille, uhreille ja todistajille.* www.poliisi.fi. Sisältää mm. toimintaohjeita perheväkivaltilanteita varten.

16.6 Vanhempien päihdeongelma

Ks. myös luku 16.4 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen.

Äidin raskaudenaikaisen päihteiden käytön haitat tiedostetaan yhä paremmin (lapsen FAS/FAE -oireyhtymä, ks. luvut 14.4 ja 15.8). Äitiys- ja lastenneuvolan saumaton yhteistyö sekä keskenään että kunnan muiden palveluja antavien tahojen kanssa on välttämätöntä. Äidin alkoholin tai huumeiden käyttö ei aina tule ilmi äitiysneuvolassa, minkä vuoksi myös lastenneuvolassa on syytä kiinnittää päihteiden käytön tunnistamiseen aktiivista ja itsenäistä huomiota ja puuttua siihen ripeästi. Raskauden aikainen alkoholin tai huumeiden käyttö ei ole yksittäinen tapahtuma naisen elämässä vaan nainen todennäköisesti jatkaa päihteiden käyttöään myös lapsen syntymän jälkeen. Tämä altistaa lapsen monille sekundaarisille ongelmille. Monilapsisissa perheissä alkoholin aiheuttama sikiövaurio usein vaikeutuu jokaisen raskauden jälkeen. Äidin alkoholinkäyttö ei siis useinkaan vähene syntymän jälkeen vaan pikemminkin saattaa lisääntyä.

Alkoholi- ja/tai huumeongelmasta kärsivän vanhemman on vaikea luoda hyvää tunnesuhdetta vauvaan, ja hänen toimintansa saattaa olla hyvin epäjohdonmukaista. Lapset elävät usein riskiolosuhteissa, vaarana

saattaa olla kaltoinkohtelu, laiminlyönti tai ainakin huolenpidon heikentyminen. Siksi lapsiperheen päihdeongelma on aina myös lapsen ongelma. Päihdeongelmaperheessä elävä lapsi kuuluu tehostetun neuvolaseurannan piiriin. Päihdeongelmien kohtaamiseen pätevät pitkälle samat ohjeet kuin väkivallan kohtaamiseen. Päihteet ja väkivalta voivat liittyä toisiinsa, mutta voivat olla myös erillisiä.

Ainakin kerran vuodessa määräaikaikäynnin rutiineihin on syytä liittää kysymys alkoholin ja huumeiden käytöstä. Kuten väkivaltaa koskevat kysymykset, myös päihdekysymykset pitää toistaa. Työntekijän kannattaa muistaa, että päihteiden käyttöön liittyy paljon kieltämistä. Päihdeongelmiin viittaavia vaivoja ja merkkejä on tarpeen havainnoida aktiivisesti. Ongelmaperhe ei useinkaan itse hakeudu avun piiriin.

Kun päihdeongelma tai sen epäily tulee esiin lapsen määräaikaikäynnillä, kannattaa varata uusi aika, jotta keskusteluaikaa jää riittävästi. Usein on parempi, jos aika pystytään järjestämään niin, ettei lapsi ole mukana. Tapaamisten välissä työntekijän on syytä keskustella tilanteesta työryhmänsä kanssa, vanhemman luvalla tai ilman henkilötunnisteita.

Syylittäminen ei auta. Väkivallan tai päihteiden käyttö ovat oire ongelmista, joiden selvittämiseen perhe tarvitsee apua. Neuvolassa etusijalle kannattaa nostaa huoli lapsen voinnista ja tulevaisuudesta. Yhteistyöaloite lastensuojeluun tulee tehdä, mikäli lastensuojelulaissa säädetty edellytykset täyttyvät. Psykologi sekä sosiaali- ja perhetyöntekijä on hyvä kytkeä mukaan mahdollisimman varhain.

Kuten väkivaltatyöskentely, päihdeongelmien käsittely on vaikeaa ja kuormittavaa. Henkilökunnan pitää saada riittävästi koulutusta ja työnohjausta.

SUOSITUS:

Neuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon, päihdehuolto- ja mielen-terveysyksiköiden kanssa tehdään sopimus päihdeongelmien hoitopoluista ja päihdeongelmaisten vanhempien lasten seurannasta ja hoidosta. Työntekijät saavat riittävästi päihteiden ongelmakäyttöä koskevaa koulutusta ja työnohjausta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- A-klinikkasäätiö. Lasinen lapsuus -projekti. www.a-klinikka.fi/lasinenlapsuus/.
Lasinen lapsuus on tiedotus-, koulutus- ja tutkimusprojekti, jossa kiinnitetään huomiota lapsiin perheissä, joissa käytetään runsaasti alkoholia.
- Halmesmäki E. 2000. Alkoholin suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Stakes, Helsinki.
- Halmesmäki E. 2004. Päihdeäidit. Lääkärin käsikirja. 5.7.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Holopainen A. 2004. Päihteiden käytön tunnistaminen. Lääkärin käsikirja 3.10.2004. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi. *Internet-versio sisältää myös AUDIT-kyselyn tietokonesovelluksena.*
- Kiuttu T. 2000. Päihdeongelma raskauden aikana. Kokemuksia 3-portaisen hoito-

mallin käytännöistä ensimmäisen vuoden ajalta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, naistentaudit ja synnytykset.
Poikolainen K. 1998. Alkoholin käyttö. Kirjassa: Koskenvuo K & Vertio H. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 500-505.
Päihdepalvelujen laatusuosituksset. 2002. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Soikkeli M. 2002. Miten puhua huumeista. Stakes, Helsinki.

16.7 Parisuhde- ja seksuaalivaikeudet

Koska vanhempien parisuhdevaikeudet ovat riski lapsen normaalille kehitykselle, on niiden hoito tehokasta lapsen mielenterveysongelmien ehkäisyä. Vanhempien hyvän parisuhteen tulisi olla ensimmäinen koti jokaiselle syntyvälle lapselle. Koti on myös paikka, jossa kaikkien tunteiden rakentava läpikäyminen pitäisi olla sallittua – sekä aikuisille että lapsille.

Vanhempia voidaan valmentaa kohtaamaan vaikeuksia. Ensimmäisen lapsen odotusaikana vanhempien pitäisi tiedostaa, että lapsen syntymä on usein parisuhteelle riskialtuinta aikaa. Silloin liikutaan ennen kokemattoman tunneskaalan ääripäissä, niin hyvässä kuin pahassa. Ongelmissa kulminoituvat usein naisten ja miesten erilaiset tavat kommunikoida ja toimia, jolloin seuraa väärinkäsityksiä. Moni sokeutuu itselleen nähden virheitä vain toisessa, kun illuusio itsestä tai kumppanista vanhempana ei olekaan toteutunut toivotulla tavalla. Isä raataa mielestään perheensä eteen, mutta kotona yksinäisyydestä kärsivä äiti saattaa nähdä puolison työssä sosiaaliset suhteet korostetun myönteisinä. Työssä olevalla puolisollla saattaa olla se käsitys, että kotona olevalla on loputtomasti vapaa-aikaa. Kotiin jäänyt saattaa myös vain kuvitella puolisolllaan olevan kodinhoidon suhteen todellisuutta suurempia odotuksia. Katkonaiset yöunet ja väsymys pahentavat ongelmia.

Perhevalmennuksessa on syytä käydä läpi tavallisia odotettavissa olevia vaikeuksia, vaikka pääpaino on parisuhdeongelmien ehkäisyssä. Ryhmässä vanhemmat tapaavat henkilöitä, jotka paikkakunnalla hoitavat parisuhdekriisejä. Vaikeuksien tullessa tutun ammattilaisen puoleen on helpompi kääntyä.

Ensimmäinen lastenneuvolan terveydenhoitajan kotikäynti suositellaan tehtäväksi odotusaikana (ks. luku 9.2). Tämän kotikäynnin tärkein tavoite on tutustumisen lisäksi keskustella vanhempien odotuksista, peloista ja tuntemuksista. Perhevalmennuksessa heränneitä ajatuksia kannattaa myös kuulostella.

Viime kädessä on vanhempien valinta päättää, miten paljon parisuhde- tai seksuaaliasioita käsitellään neuvolassa. Neuvolan tehtävänä on antaa vanhemmille tilaisuus kertoa pulmistaan.

Kun vanhemmat tuovat parisuhdevaikeuksia esiin neuvolan määrääikäiskäynnillä, kannattaa varata uusi aika, jotta keskusteluaikaa jää riittävästi. Usein on parempi, jos aika pystytään järjestämään niin, ettei lapsi

ole mukana. Pienen vauvan kohdalla tällaista aikaa saattaa olla vaikea järjestää. Tapaamisten välissä työntekijän kannattaa herkästi keskustella ongelmasta työparinsa tai työryhmänsä kanssa.

Missä määrin parisuhdevaikeuksia hoidetaan neuvolassa, riippuu paikallisista olosuhteista ja järjestelyistä, muun muassa yhteistyömahdollisuuksista muiden tahojen kanssa. Tiedon välittäminen paikkakunnan palveluista on joka tapauksessa keskeistä.

SUOSITUS:

Neuvolassa otetaan aktiivisesti esiin parisuhteen merkitys ja sen vaalimisen tärkeys. Työntekijät saavat koulutusta parisuhdevaikeuksien ehkäisemisestä, niiden havaitsemisesta ja niistä keskustelemisesta. Huomioidaan myös yksinhuoltajavanhempien lähi-ihmissuhteiden merkitys.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kirkon perheasiainneuvottelukeskus. www.evl.fi/kkh/

Laurila T, Reinholm M, Toppari H. 2002. PARISUHDEvihkonen vekaraperheen vanhemmille. Perheverkko, Väestöliitto. *Vanhemmille tarkoitettu helppolukuinen pieni opas. Tilaukset: p. 09-6127 102 tai sähköpostitse: perheverkko@vaestoliitto.fi.*

Perheverkkoja kokemassa 1998–2000. 2000. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan pikkulapsiperheprojektin loppuraportti. Helsinki.

Reinholm M. 2003. "Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipuu?" Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perhekoon kasvaessa. Perheverkko, Väestöliitto.

www.seksuaaliterveys.org. sisältää mm. yhteystiedot Väestöliiton perheverkon neuvontapuhelimeen ja sähköpostineuvontaan, asiantuntija-artikkeleita ja mm. miehille tarkoitettu virtuaalivastaanotto.

16.8 Vanhempien avioerotilanne lapsen näkökulmasta

Avioeroja on monenlaisia. Joihinkin liittyy runsaasti riitelyä, toisiin taas ei juuri lainkaan. Lapsen toiveena on, että läheinen suhde molempiin vanhempiin säilyisi. Lapsen kokemus hylkäämisen tunne on pitkäaikainen. Se voi säilyä aikuisuuteen saakka, jos vanhemmat eivät onnistu lohduttamaan häntä. Lapsi saattaa myös pelätä, että kotona asuva vanhempikin jättää hänet yksin. Eron jälkeen lapsi on usein hyvin takertuvainen ja riippuvainen vanhemmista. Lapsi voi olla myös raivoissaan, koska joutuu muuttamaan elintapojaan. Toinen vanhemmista saa helposti syyllisen leiman ja vihat kannettavakseen. Monissa perheissä käy niin, että lapsi haluaa säästää kotona asuvaa vanhempaansa omilta huoliltaan. Niinpä hän alkaa oirehtia vasta sen jälkeen, kun aikuinen on itse päässyt selvemmillä vesille.

Lapsen pitää saada olla lapsi. Lasta ei saa käyttää aseena eikä viestinviejänä vanhempien välisissä riidoissa. Raha-asioista ja elatusmaksuista

ei pitäisi koskaan riidellä lasten kuullen, koska he tällöin kokevat helposti olevansa vanhemmilleen taakkoja. Lapsi ei ole aikuisihmissuhteen korvike. Aikuisen tehtävä on lohduttaa lasta eikä päinvastoin. On tärkeää, että lapsi saa erosta huolimatta ylläpitää suhteita molempiin vanhempiinsa. Hän saa näyttää tunteensa eikä hän joudu riitojen välikappaleeksi. Lapsella pitää olla oikeus kaivata ja rakastaa molempia vanhempiaan, vaikka nämä eivät tulisikaan keskenään toimeen.

Lastenneuvolassa tilanne on nähtävä lapsen kannalta. Voi olla tarpeen rohkaista vanhempia muistamaan lapsen näkökulma ja lievittämään eron vaikutuksia lapseen. Lasten eroryhmiä on kokeiltu enimmäkseen kouluikäisten lasten kohdalla. Ajatellaan, että vasta kouluiässä lapsella on riittävät valmiudet asioiden verbalisointiin. Oulussa on kokeiltu alle kouluikäisten lasten eroryhmiä päiväkodissa.

SUOSITUS:

Erotilanteessa tuodaan aktiivisesti esiin lapsen näkökulmaa. Tarvittaessa järjestetään lisätukea. Jo perhevalmennuksessa johdatetaan vanhempia pohtimaan, miten paras mahdollinen vanhemmuus säilyisi myös erotilanteessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Taskinen S. 2001. Lapsen etu erotilanteissa. Opas sosiaalitoimelle. Oppaita 46. Stakes, Helsinki.

16.9 Kotona hoidetut lapset eristäytyneessä perheessä

Neurolat tekevät aktiivista yhteistyötä päivähoidon kanssa. Tämän lisäksi on tarpeen kiinnittää erityishuomiota lapsiin, jotka ovat kotihoidossa. Usein vanhempi on jäänyt kotiin hoitamaan lasta toimiakseen lapsen parhaaksi. Usein tämä lapsen paras toteutuukin näin parhaiten. Ongelmia voi silti liittyä myös kotihoitoon.

Kotiin jäänyt vanhempi saattoi kuvitella järjestelyn toimivammaksi kuin miksi se osoittautuu. Yksinäisyys vaivaa helposti. Osa suomalaisista perheistä eristäytyy muista, ja saa vain vähän apua naapureilta tai sukulaisilta. Eristäytyneessä kodissa vanhempien mielenterveys- tai päihdeongelmat saattavat kasvaa hyvin isoiksi, ennen kuin ympäristö ne havaitsee. Päiväkodissa lapsen pulmat havaitaan usein herkästi. Eristäytynyt vanhempi ei kasautuneista ongelmista johtuen sen sijaan näe asioita kirkkaasti eikä osaa tai kehtaa pyytää apua.

Neurolan tulee aktiivisesti ottaa yhteyttä perheeseen, jos leikki-ikäinen lapsi on kotihoidossa, eikä neurolan määräaikaistarkastuksiin varata

aikaa. Jos hankalat kulkuyhteydet esitetään pulmaksi, terveydenhoitajan kannattaa tarjoutua tekemään kotikäynti.

SUOSITUS:

Neuvola ottaa aktiivisesti yhteyttä niihin perheisiin, jotka eivät itse ota yhteyttä neuvolaan.

16.10 Paikkakunnalle äskettäin muuttanut perhe

Pikkulapsiperheet elävät vaihetta, jolloin muutot asunnosta toiseen ja usein myös paikkakunnalta toiselle ovat tavallisia. Muutto katkaisee aiemmin solmitun kontaktin neuvolan kanssa. Uusi neuvola merkitsee uutta terveydenhoitajaa ja uutta lääkäriä, joihin perheen on ensin tutustuttava ja solmittava uusi, luottamuksellinen kontakti.

Muutto uudelle paikkakunnalle merkitsee aina jonkinasteista riskiä. Näin on etenkin silloin, kun äidin, isän ja lasten kontaktit naapureihin ovat olleet merkittäviä, ja muuton jälkeen suurin osa näistä kontakteista on kadonnut. Naapurien, sukulaisten ja tuttavien merkitys eri ihmisten elämässä vaihtelee. Samoin vaihtelee ihmisten kyky solmia uusia ihmissuhteita.

Muuttamiselle on hyvin monenlaisia syitä. Perheen asumisväljyyden parantaminen tai halu palata kotipaikkakunnalle ovat positiivisia syitä muuttamiseen. Perheen muuttaminen toisen vanhemman työn takia voi olla jo pulmallisempaa. Joskus perheet muuttavat ”pois” eli pakoon vanhoja elinympäristöjä. Moni muutto johtuu avio- tai avoerosta.

Kun paikkakunnalle muuttaa lapsiperhe, olisi ihanteellista, että terveydenhoitaja järjestäisi ensitapaamisen perheen kotiin yksilöllisesti perheen toivomusten mukaan. Kotikäyntien merkityksestä on tässä oppaassa enemmän toisaalla (luku 9.1) Kotikäynnin myötä terveydenhoitaja tutustuu koko perheeseen nopeammin ja kokonaisvaltaisemmin kuin vastaanottokäynnillä. Edellytyksenä on, että neuvola saa tiedot paikkakunnalle muuttaneista. Joskus terveydenhoitajan on tarpeen olla aktiivinen yhteydenottaja perheeseen.

Muuton taustoista, muuton aiheuttamasta stressistä ja muutoksista on hyvä keskustella perheen kanssa. Yksi kotikäynnin tarkoituksista on myös tapaturmien ennaltaehkäisy eli kodin vaarallisten paikkojen kartoitus. Kunnan palveluista, samoin kuin neuvolan toimintatavoista ja perhetyön roolista on tärkeä antaa tietoa.

Kunnan johdon kanssa on hyvä sopia, miten neuvola saa tiedon paikkakunnalle muuttaneista perheistä.

Kun terveydenhoitaja tapaa perheen, on syytä tiedustella, toivooko perhe ylimääräistä tapaamista neuvolalääkärin kanssa. Ensitapaamisen jälkeen terveydenhoitaja raportoi tarvittaessa perheestä työryhmälleen.

SUOSITUS:

Alueelle muuttaneeseen perheeseen tutustutaan yhtä läheisesti kuin perheisiin, joihin syntyy lapsi. Perheelle tarjotaan mahdollisuutta ensitapaamiseen terveydenhoitajan kotikäynnillä.

16.11 Etnisiin vähemmistöihin kuuluvat perheet

Suomessa asui vuoden 2003 lopulla lähes 107 000 ulkomaisten kansalaista. Suurimmat ryhmät ovat Venäjältä, Virossa, Ruotsista ja Somaliasta. Pakolaisena Suomeen on vuosina 1973–2003 muuttanut eri maista noin 23 400 henkilöä. Merkittävän maahanmuuttajaryhmän muodostavat inkeriläiset paluumuuttajat. Lisäksi Suomessa asuu vanhoja etnisiä ja uskonnollisia vähemmistöjä kuten tataareja, juutalaisia ja romaneja. Suomen romanien määräksi on arvioitu 10 000, joista alle kouluikäisiä on noin 900.

Romaniperhe neuvolassa

Romanikulttuurissa on useita piirteitä, jotka tekevät raskauden ajasta erityisen. Sukupuolisuuteen liitetyn häveliäisyyden vuoksi romaniäidistä voi olla vaikeaa keskustella ja esittää kysymyksiä raskaudesta. Luottamuksellisen hoitosuhteen kehittyminen romaniasiakkaan ja hoitavan henkilön välille on tärkeää. Lapsen syntymän jälkeen neuvolalla on hyvin tärkeä rooli esimerkiksi lapsen kehitystä koskevan tiedon välittäjänä. On syytä huolehtia neuvolassa käynnin säännöllisyydestä. Lapset ovat romanikulttuurin tärkein voimavara ja kulttuuriin liittyvät tavat ulottuvat myös lapsen kasvatukseen ja hoitoon.

Lapsen kasvaessa yksi neuvolan tärkeimmistä tehtävistä on tiedottaa tehokkaasti romaneille olemassa olevista päivähoito- ja esiopetusmahdollisuuksista. Opetushallituksen vuonna 2002 tekemän selvityksen mukaan vain noin 2 % romanilapsista osallistuu esiopetukseen. Romanikulttuurin piirteisiin kuuluu, että lapsen hoitovastuu on lähipiirin lisäksi koko suvulla. Romaneille on tärkeä kertoa, ettei päivähoitoon osallistumisen tavoitteena ole sukuyhteyden tai kulttuuri-identiteetin rajoittaminen, vaan lapsen täysipainoisen kehityksen turvaaminen. Lisäksi neuvoloiden olisi hyvä kiinnittää huomiota romanilapsen suomen- tai ruotsinkielisen kehitykseen sekä hienomotorisiin taitoihin. Viime aikoina on havaittu, että romanilasten ”puolikielisyys” aiheuttaa ongelmia koulussa ja myös vanhemmalla iällä.

Maahanmuuttajaperheet

Maahanmuuttajaperhe kokee elämässään ison muutoksen, nk. siirtymän, joka usein muuttaa perheen sisäistä dynamiikkaa ja rooleja. Perheet ovat myös hyvin erilaisessa asemassa kotoutumisen resursseiltaan. Erityisen syrjäytymisen riskivyöhykkeessä ovat perheet, joissa vanhemmilla on vähän koulutusta ja kielitaitoa. He jäävät helposti työttömiksi tai vaille muita yhteiskuntaan osallistumisen mahdollisuuksia. Neuvolatyöryhmän tai perhepalveluverkoston työntekijöiden on tarpeen perehtyä asiakkaidensa kulttuuriin riittävästi, jotta he voisivat antaa sopivaa tukea ja apua. Asiakkaiden kanssa on syytä keskustella myös maahanmuuton tuomista muutoksista perheen elämään. Yksilöllinen lähestymistapa ja rohkeus kysyä ovat tärkeitä kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Asiakas itse on oman kulttuurinsa asiantuntija ja häneltä voi hyvin kysyä esimerkiksi, ”kuinka teidän kulttuurissanne on tapana tehdä tämä? Entä miten teidän perheessänne?”

Kun asiakkaaksi tulee uusi pakolais- tai turvapaikanhakijaperhe, on selvítettävä, onko perheenjäsenille tehty maahanmuuttajan terveystarkastus eli maahantulotarkastus. Mikäli ei ole, se on syytä tehdä.

Tulotarkastuksen tarkoitus on selvittää maahanmuuttajan terveydentila, mahdolliset sairaudet ja rokotussuoja sekä seuloa hoidettavissa olevat tai suojatoimia edellyttävät tartuntataudit. Maahantulotarkastus tehdään joko vastaanottokeskuksessa tai sijoituskunnassa. Maahantulotarkastukseen kuuluvat asiat on kerrottu esimerkiksi Lääkärin käsikirjassa. Samassa tietolähteessä on ohjeet myös rokotusohjelman nopeuttamisesta, mikäli se on tarpeen. Maahantulotarkastuksessa on syytä toimia hienotunteisesti, sillä maahanmuuttajanaiset eivät aina ole tottuneet asioimaan mieslääkärin vastaanotolla, siksi heille on syytä varata mahdollisuus naislääkärin vastaanotolle. Jos paikkakunnalla on paljon maahanmuuttajia, voi olla hyvä perustaa heitä varten vertaisryhmiä kotoutumista helpottamaan. Paikkakunnat voivat tehdä myös yhteistyötä naapurikuntien kanssa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon henkilöstöä antamaan potilaalle ymmärrettävässä muodossa olevan selvityksen tämän terveydentilasta. Kieliongelmiensa vuoksi on hyvä varata asiakkaalle tulkki ja riittävästi aikaa. Usein on tarpeen sopia aluksi myös ylimääräisiä tapaamisia. Perheenjäseniä, etenkin lapsia, ei tule käyttää tulkkina. Ammattitaitoisen tulkin voi tilata kunnalle palvelua tarjoavista tulkkikeskuksista. Naiselle olisi hyvä varata naistulkki. Naisen voi olla vaikea puhua esimerkiksi gynekologisista vaivoistaan tai perheongelmistaan miestulkin välityksellä. Asiakkaalle on kerrottava, että ammattitulkki on vaitiolovelvollinen. Omakielisen tiedotusmateriaalin jakaminen helpottaa uuden tiedon omaksumista (ks. esim. Maahanmuuttajaesitteet).

Monet maahanmuuttaja-asiakkaat tulevat maista, joissa suhde viranomaisiin, terveydenhuoltohenkilökunta mukaan lukien, on hyvin erilainen kuin Suomessa. Luottamus terveydenhuollon työntekijän ja asiakkaan/perheen välillä syntyy vähitellen. Kotikäynnit voivat edesauttaa luottamuksen syntymistä.

Perheille tulee selittää riittävästi, miten Suomessa on tapana toimia. Ehkäisevän terveydenhuollon maksuttomuus on syytä kertoa. Vastaanottoaikojen noudattaminen tai peruminen esteen tullessa voivat olla vieraita asioita eri kulttuuritaustasta tulleelle ihmiselle.

Lasten oikeudet ovat Suomessa samat niin suomalaisille kuin muista maista muuttaneille lapsille. Perheille kerrotaan, että ruumiillinen kurittaminen on Suomessa kielletty. Varhaiskasvatuksen eri vaihtoehtoista on hyvä keskustella, samoin naisen oikeuksista ja perheväkivallan käsitteestä. Jotkut perheet saattavat tarvita tietoa myönteisistä lastenkasvatustavoista.

Perheessä saatetaan uskonnollisista ja kulttuurisista syistä noudattaa ruokavaliota, joka poikkeaa suomalaisista suosituksista. Osa muslimiperheistä käyttää ravinnoksi ainoastaan rituaalisesti oikein teurastettua lihaa. Islaminuskoiset perheet saattavat sianlihan lisäksi kieltäytyä myös alkoholia tai sikaperäisiä liivateita sisältävistä lääkkeistä ja rokotteista. Asiasta on syytä keskustella, jotta lääkitys ja rokotukset voidaan hoitaa asianmukaisesti. Kuuriluontoisten lääkkeiden kohdalla selvitetään, miksi lääkkeet on syötävä loppuun, vaikka oireita ei enää olisikaan. On hyvä kartoittaa asiakkaiden ruokailutottumuksia, jotta suomalaisia ohjeita voitaisiin soveltaa perheessä järkevästi. Erityisesti D-vitamiinin tarve Suomessa pitää perustella, sillä se on yllätys monelle lämpimämmästä maasta tulevalle ihmiselle (ks. luku 13 Ravitsemus ja ravitsemusohjaus). Imetys ei aina enää onnistu yhtä hyvin kuin kotimaassa äitien kokemien monien muutosten, esimerkiksi lähisukulaisten tuen puutteen vuoksi. On hyvä tarkistaa myös muun perheen maitotuotteiden käyttö riittävän kalkan saannin turvaamiseksi.

Erityiskysymyksiä

1. Tyttöjen ympärileikkaus

Tyttöjen ympärileikkaus on Suomessa rikoslain mukaan rangaistava teko, josta voi saada teon törkeysasteesta riippuen usean vuoden vankeusrangaistuksen. Näin on silloinkin, jos Suomessa asuva henkilö vieään leikattavaksi ulkomaille. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön velvollisuus on puuttua tilanteisiin, joissa lapsen terveys ja kehitys ovat uhattuja. Terveystenhoitajat ovat usein avainasemassa, sillä he tapaavat perheitä lääkäreitä useammin. Tyttöjen ympärileikkauksen mahdollisuus on pidettävä mielessä afrikkalaisten, mutta myös Arabian niemimaalta ja joidenkin Aasiasta tulevien maahanmuuttajien kohdalla.

Jos perhe tulee maasta, jossa tyttöjen ympärileikkauksia tehdään, asiaa tulee käsitellä lastenneuvolassa. Keskustellen selvitetään, onko esimerkiksi perheen äiti ympärileikattu, ja minkä ikäisenä. Kysytään myös äidin suhtautumista ympärileikkaukseen. Tiedot kirjataan terveystietokantaan.

- a) Ympärileikkauksen ennaltaehkäisy. Määräaikaistarkastuksen yhteydessä on hyvä keskustella ympärileikkaukseen liittyvistä kysy-

myksistä ja tarkistaa lapsen genitaalialue (lääkäri). Tämä on hyvä tehdä vuosittain, kunnes lapsi siirtyy kouluterveydenhuoltoon. Vanhemmilla saattaa olla tyttären ympärileikkauksen suhteen erilaisia suunnitelmia. Siksi asia kannattaa ottaa rohkeasti keskusteluun. Keskustelussa on hyvä ottaa esiin näihin leikkauksiin liittyvät terveys- ja tartuntariskit, kuten Hiv-tartunta sekä B- ja C-hepatiitti. Keskustelun jälkeen on muistettava kirjata, kenen kanssa on puhunut, ja oliko tulkki mukana. (ks. Naisten sukuelinten silpominen -lehtinen.)

- b) Ympärileikkausepäily. Jos epäillään, että asiakasperheen tytär aiotaan ympärileikata, asiasta tulee keskustella molempien vanhempien kanssa perusteellisesti. Tapaamiseen varataan tulkki ja riittävästi aikaa asian selvittämiseen. Jos epäily pysyy edelleen vahvana, tehdään lastensuojeluilmoitus.

Epäily jo tehdystä ympärileikkauksesta voi herätä päivähoidossa tai neuvolassa tytön muuttuneesta käytöksestä. Lapsi voi olla ahdistunut, aggressiivinen tai pelokas ja itkuinen, hänellä voi olla myös keskittymis- ja oppimisvaikeuksia.

- c) Tehty ympärileikkaus. Mikäli tyttö on ympärileikattu ennen Suomeen muuttoaan, se kirjataan asiakaspapereihin. Jos tyttö on ympärileikattu Suomeen muuton jälkeen joko Suomessa tai ulkomailla, asiasta tehdään lastensuojeluilmoitus.

2. Poikien ei-lääketieteellinen ympärileikkaus

Perheet saattavat tarvita neuvontaa myös poikien ei-lääketieteellisiin ympärileikkauksiin liittyvissä kysymyksissä. Muslimi- ja juutalaisperheiden lisäksi monet, yleensä afrikkalaistaustaiset, perheet haluavat ympärileikkauttaa poikansa joko uskonnollisista tai kulttuurisista syistä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton keväällä 2003 antaman suosituksen mukaan poikien ei-hoidollisista syistä tehtäviä ympärileikkauksia tulisi tehdä julkisessa terveydenhuollossa. Poikien ympärileikkauksiin liittyen ollaan suunnittelemassa myös erillistä lainsäädäntöä. Mikäli poikien ympärileikkaaminen ei onnistu julkisen terveydenhuollon piirissä, perheille kerrotaan yksityisen sektorin tarjoamista palveluista ja hinnoista. Perheille on syytä kertoa kotona suoritettaviin ympärileikkauksiin liittyvistä riskeistä.

3. Mielenterveysongelmat

On tärkeä muistaa, että joku maahanmuuttajaperheiden jäsenistä on saattanut joutua kidutuksen kohteeksi, ja että osa perheistä tulee maahan sodan keskeltä. Menneisyyden rankat kokemukset saattavat vaikeuttaa koko perheen selviytymistä uudessa maassa. Asiaista on hyvä keskustella perheiden kanssa ja ohjata perheet tarvittaessa hoitoon. Kidutuksen uhreja auttaa muun muassa Helsingin Diakonissalaitoksen alainen Kidutettujen kuntoutuskeskus.

SUOSITUS:

Lastenneuvolatyöryhmä tutustuu kulttuureihin, joihin oma vastuuväestö kuuluu. Työryhmä ottaa toiminnassaan huomioon perheen kulttuuriset sekä yksilölliset piirteet kuitenkin lapsen etua vaarantamatta. Lasta ei käytetä tulkkina vanhempien ja neuvolahenkilökunnan välisissä keskusteluissa.

Suosittelavaa kirjallisuutta ja materiaalia sekä yhteystietoja:

- Alitolppa-Niitamo A. 1993. Kun kulttuurit kohtaavat: matkaopas maahanmuuttajan kohtaamiseen ja kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Suomen Mielenveysseura, Helsinki.
- Forsander A, Ekholm E, Hautaniemi P ym. 2001. Monietnisyyttä, työ ja yhteiskunta. Palmenia-kustannus, Helsinki.
- Hassinen-Ali-Azzani T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: etnografia somalialaisten terveyskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95, Kuopio.
- Kidutettujen kuntoutuskeskus. Käyntiosoite: Mäkelänkatu 58-60, 4. krs, 00510 Helsinki. Puh. (09) 7750 4548 arkisin klo 8.30–15. www.hdl.fi/maahanmuuttajat/kidutettujen_kunt.htm.
- Maahanmuuttajaesitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön kotisivuilla julkaistaan maahanmuuttajaesitteitä usealla kielellä. Osoite: www.stm.fi-> julkaisut-> maahanmuuttajaesitteet.
- Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina. 1998. Selvityksiä 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Maahanmuuttokirjasto. Käyntiosoite: Eteläesplanadi 4, Postiosoite: Työministeriö/maahanmuuttokirjasto, PL 34 00230 Valtioneuvosto, puh: (09) 1856 8091. www.mol.fi/migration/mamuki.html.
- Monitori. Maahanmuuttoasioiden ammattilehti. www.mol.fi/monitori/index.html.
- Muukkonen M. (toim.) 1994. Paluu uuteen. Opas inkerinsuomalaisten maahanmuuttajien parissa tehtävään työhön. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisusarja 1994: 3. Kirkon ulkoasiainosasto, Helsinki.
- Mölsä M. 1994. Tyttöjen ympärileikkauksen hoito ja ehkäisy Suomessa. Aiheita 36. Stakes, Helsinki.
- Naisten sukuelinten silpominen. 1997. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa internetistä osoitteesta www.stm.fi->julkaisut->maahanmuuttajaesitteet. *Esiteessä kerrotaan ympärileikkaustyypeistä, terveyshaitoista ja rikosoikeudellisesta merkityksestä.*
- Pakolaisten ja turvapaikan hakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. 1993. Monisteita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Partanen R. 1997. Opas maahanmuuttajien ravitsemusneuvontaan. Tietoa ravitsemusneuvonnasta ja maahanmuuttajien ruokakulttuurista. 2. korjattu painos. Työministeriö, Helsinki.
- Puustinen R. 1994. Islam ja lääkintäetiikka – käytännön näkökohtia. Suomen Lääkärilehti 28(94), 2808-2811.
- Räty M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tammi, Helsinki.
- Siikamäki H. 2003 Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto. Lääkärin käsikirja 4.4.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi
- Tiilikainen M. 2003. Arjen islam: somalinaisten elämää Suomessa. Vastapaino, Tampere.

- Tiilikainen M. (toim.) 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Ihmisoikeusliitto, KokoNainen-projekti, Helsinki. Saatavissa internetistä: www.ihmisoikeusliitto.fi ja www.stm.fi.
- Åkerlund T. 1993. Romani ja terveyspalvelut: opas terveydenhuollon ammattilaisille. Opetushallitus, Helsinki.

16.12 Monimuotoinen perhe

Erityistä huomiota kaipaavia perheitä saattavat olla sijaishoito-, adoptio- ja monikkoperheet, yksinhuoltaja- ja uusperheet. Sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten tilanne on usein psykologisesti erityisen monimutkainen. Vuonna 2002 voimaan astuneen parisuhdelain myötä samaan sukupuolta olevien vanhempien perheet yleistynevät.

Aikuiset valitsevat itse elämäntapansa ja perhemuotonsa. Lastenneuvolassa perhe määritellään lapsen näkökulmasta. Lapsen perheeseen saattavat kuulua biologisen äidin ja isän lisäksi tai sijasta sosiaalinen äiti tai isä, isäpuoli ja äitipuoli, erilaisia sisaruspuolia, isovanhempia ja muita sukulaisia. On syytä käyttää niitä nimityksiä, joita perheessä käytetään. Isä- tai äitipuolen sijasta joissakin tilanteissa voi olla mukavampi puhua "varaisästä" ja "varaäidistä". Uusperheen uudet vanhemmat ja sisarukset ovat lapselle usein tärkeä voimavara.

Adoptio on usein pitkä ja raskas prosessi, jonka taustalla on useimmiten biologinen lapsettomuus. Kun on tullut tieto siitä, että perhe tulee saamaan lapsen, tulevien vanhempien olisi hyvä voida tulla käymään neuvolaan tai terveydenhoitaja voi tehdä kotikäynnin perheeseen. Adoptiovanhempien pitäisi halutessaan päästä osallistumaan neuvolan järjestämään perhevalmennukseen. Vanhemmille voi myös suositella järjestöjen vastaavia kursseja. Ohjeet, jotka on kirjoitettu keskoslapsista ja kroonisesti sairaista lapsista sekä etnisiin vähemmistöihin kuuluvista perheistä, ovat myös sovellettavissa adoptiolapsen tilanteeseen. Niinpä terveydenhoitajan ja lääkärin pitää perehtyä adoptiolapsen tarinaan kuten keskoslapsen tarinaan, ja huomioida erityisesti kiintymyssuhteen muodostuminen. Myös adoptiovanhemmat voivat masentua lapsen saatuaan.

Monikkoperheillä tarkoitetaan perheitä, joihin syntyy kerralla useampi lapsi. Kahden tai useamman pienen lapsen samanaikaiseen, yksilölliseen kasvattamiseen liittyy niin käytännöllisiä, taloudellisia kuin psykologisia pulmia. *Yksinhuoltaja- ja uusperheiden* erityisvaikeudet voivat liittyä uusiin sisarussuhteisiin ja isä- ja äitipuoliin, joiden asema ei välttämättä aina ole selkeä.

Lapsettomuushistorian omaavien perheiden ongelmat voivat olla moninaisia. Heitä yhdistävät monet pettymykset. Perheet odottavat lastenneuvolan henkilökunnalta kykyä ymmärtää erilaisia vanhemmuuden taustoja sekä kykyä ohjata vanhempia välttämään 'kalliista lapsesta' ylihuolehtimista. Joissakin perheissä parisuhde voi joutua koetukselle

raskaiden hoitojen aikana. Parisuhdevaikeudet ja psyykkisesti koetteleva lapsen hankintaprosessi saattavat heijastua siihen, miten lapseen ja hänen hoitoonsa suhtaudutaan. Suomessa on parhaillaan meneillään näitä aiheita koskevia tutkimuksia.

Perherakenteen ja perheen taustan merkityksestä voi olla tarpeen keskustella neuvolatyöryhmässä psykologin kanssa.

SUOSITUS:

Neuvolan tehtävänä on tukea kaikenlaisia perheitä. Olennaista on lapsen hyvinvoinnin ja edun huomioiminen. Läheis- ja sukulaisuussuhteita määriteltäessä käytetään lapsen perheessä käytössä olevia nimityksiä.

Adoptiovanhemmille tarjotaan mahdollisuutta osallistua perhevalmennukseen. Monikkoja odottavan perheen perhevalmennuksessa tulisi huomioida monikkoraskauden ja -synnytyksen erityispiirteet ja vertais-tuen tarve.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Lapsettomien tuki ry. Simpukka-projekti. www.lapsettomientuki.net. *Sivuilta saa tietoa lapsettomuudesta ja lapsettomien perheiden psykososiaalisesta tukemisesta.*

Peltoniemi-Ojala M. 1999. Oma lapsi – vihdoinkin. Gummerus, Jyväskylä.

Sinkkonen J & Kalland M (toim.). 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. WSOY, Helsinki.

Suomen Monikkoperheet ry, www.suomenmonikkoperheet.fi. Sivuilta saa tietoa monikkoudesta, monikkovertaistuesta ja saatavilla olevasta materiaalista.

Tuplaonni. Opaskirja monikkolasten vanhemmille. Stakes, Helsinki.

www.adoptio.org. Sivuilta voi tilata Adoptiolasten vanhemmat ry:n kokoaman informaatiopakettin.

16.13 Muita elämäntilanteita

Vanhemman vakava sairaus tai työttömyys saattaa lamata vanhempia ja tuoda taloudellisia vaikeuksia. Mielialapulmat näkyvät silloinkin, kun kyse ei ole vaikeasta mielenterveysongelmasta. Vanhempien parisuhde- ja ihmissuhdeongelmat, väsymys ja yksinäisyys voivat viedä vanhemmalta kyvyn aistia lapsensa tarpeita. Lapsi aistii tunnelmia hyvin herkästi. Vaikeudet merkitsevät usein, että vastuu vanhemmuudesta heikkenee. Pienen lapsen hoivasta ja huolenpidosta on kuitenkin jonkun vastattava joka sekunti, joka viikko ja joka vuosi. Neuvolan tehtävänä on joka tilanteessa katsoa asiaa lapsen kannalta.

Omaisien kuolema, sairaus tai onnettomuus synnyttävät surua, jota lapsi kokee eri tavalla kuin aikuinen. Lapsen suru pitää tunnistaa. Lapsen mieli suodattaa tapahtumat lapsen oman kehitysvaiheen mukaisina. Surun käsittelyyn lapsi tarvitsee turvallisia aikuisia, henkistä tilaa sekä tuttuja sanoja ja satujen herättämiä vertauskuvia.

Tieto auttaa myös lasta. Ei ole itsestään selvää, että perheen sisällä on puhuttu ongelmista. Keskustelu aviopuolisoiden kesken tai vanhempien ja lasten välillä hankalasta asiasta on ensisijainen työmuoto. Neuvolan työntekijä voi tarjoutua itse olemaan mukana keskustelussa. Lapsen ajatukset on kuitenkin yleensä helpointa tavoittaa kotiympäristössä, juuri silloin kun asiat spontaanisti tulevat esiin.

Samasta ongelmasta kärsiviä perheitä voi olla useita. Aikuisten vertaisryhmistä ks. luku 8 Vertaistukea vanhempainryhmistä. Kaikilla neuvolatyöryhmillä tulisi olla ajan tasalla olevaa tietoa alueella toimivista auttajatahoista ja vertaisryhmistä.

Arkipäivän pulmia ja lapsen vaivoja, joita edellä ei ole käsitelty, ovat esimerkiksi univaikeudet, ummetus, kastelu ja lapsen sairastaminen. Aiheesta löytyy tietoa ja ohjeita oppikirjoista ja mm. Lääkärin käsikirjasta. Voidakseen toimia lastenneuvolassa sekä terveydenhoitajan että lääkärin on tiedettävä asioista riittävästi. Kokemus auttaa, mutta lisäksi jokaisessa neuvolassa pitää olla saatavilla riittävästi ajan tasalla olevaa lääketieteellistä, hoitotieteellistä ja muuta tietoa esim. käsikirjastossa. Internet voi korvata käsikirjastoa nykyisin varsin pitkälle, kunhan sitä osataan ja voidaan käyttää.

SUOSITUS:

Kun jokin pulma nousee esiin, eikä yhteisistä toimintatavoista ole sovittu, kuka tahansa perhepalveluverkoston työntekijä voi tehdä aloitteen paikallisista hoitopoluista ja yhteisistä menetelmistä sopimiseksi.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

- Furman B. Elina kesyttää tiikerin. Ratkaisutarinoita II. Lyhytterapiainstituutti Oy ja Lasten Parhaat Kirjat, Helsinki 2001. *Kuvitettu satukirja yhteisesti luettavaksi lapsille ja aikuisille. Kirjan lopussa on kirjoitus, joka käsittelee kiukkukohtauksia ja niihin puuttumista.*
- Otranen H. 1997. Unikoulu kotona. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Rintahaka P. 2003. Lasten unihäiriöt. Lääkärin käsikirja 5.6.2003. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. www.terveysportti.fi. Sisältää lääkärille hyödyllistä tietoa unihäiriöitten erotusdiagnostiikasta.

LÄHTEET

- Ailasmaa R. 2002. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990–2000. SVT Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2002:1. Helsinki: Stakes.
- Arnkil TE & Eriksson E. 1998. Selkeyttäviä vuoropuheluja moniammatilliseen yhteistyöhön. *Dialogi* 8, 26-29.
- Arnkil TE, Eriksson E & Saikku P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke. *Dialogi* 7, 8–11.
- Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253. Helsinki: Stakes.
- Aronen E, Kuosa M, Tallila M & Arajärvi T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen: 15 vuoden seurantatutkimus. *Duodecim* 111 (6), 505-509.
- Aronen ET & Arajärvi T. 2000. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (2), 223-232.
- Asikainen P. 1999. Yhteisön aktivointi: toimintatutkimus sosiaali- ja terveystoimen työssä. *Acta Universitatis Tamperensis* 650. Tampereen yliopisto.
- Asplund R. 1996. Kun pikkulapsilla epäillään olevan kuulovamma. *Suomen Lääkärilehti* 51(31), 3283-85.
- Aunola K. 2001. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 178. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Baird G, Charman, T, Baron-Cohen S, Cox A, Swettenham J, Wheelwright S & Drew A. 2000. A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39 (6), 694-702.
- Baron-Cohen S, Allen J & Gillberg C. 1992. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry* 161 (6), 839-843.
- Bardy M, Salmi M & Heino T. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263. Helsinki: Stakes.
- Brandt P, Korteniemi-Poikela E & Cacciatore R. 2001. Lasten ja nuorten seksuaalisen kehityksen tukeminen lasten sairaanhoidossa seksuaalisuuden portaiden avulla. 2001. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikka. Saatavissa Internetistä 28.1.2004: www.seksuaaliterveys.org/artikkelit.
- Byrd ME. 1997. A typology of the potential outcomes of maternal-child home visits: a literature analysis. *Public Health Nursing*, 14(1), 3-11.
- Cox AD. 1998. Preventing child abuse: a review of community-based projects II: Issues arising from reviews and future directions. *Child Abuse Review*, 7, 30-43.
- Christensen, E. 1996. Definition, measuring and prevalence of child neglect: a study of children aged 0–1 year. Copenhagen: The Danish Institute of Social Research.
- Drummond JE, Weir AE, Kysela GM. 2002. Home visitation programs for at-risk young families. A systematic literature review. *Canadian Journal of Public Health* 93(2), 153-8.
- Dunkel L. 2000. Lapsuuden ja nuoruusiän endokrinologia. Teoksessa: Välimäki M, Sane T & Dunkel L. (toim) *Endokrinologia*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

- Eibschitz-Tsimhoni, M., Friedman, T., Naor, J., Eibschitz, N. & Friedman, Z. 2000. Early screening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and severity of amblyopia. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus* 4 (4), 194-199.
- Eirola R & Friis L. 2001. Lapsiperheiden arjen hallinta: videoavusteinen perheohjaus. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. (toim.) Preventiivinen perhehoitotyö: Terveyttä edistävien työmenetelmien arviointia Lapsiperhe-projektissa. Kuopion yliopiston selvityksiä E, Yhteiskuntatieteet 27. Kuopio, 75-114.
- Eirola R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet: perheohjauksen arviointi. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 102. Kuopio.
- Elkan R, Kendrick D, Hewitt M. ym. 2000. The effectiveness of domiciliary visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4, 13. Saatavissa internetistä 23.8.2004: www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm.
- Elliott BA. 1993. Prevention of violence. *Primary Care* 20 (2), 277-288.
- Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta: Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. 2000. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Erel O & Burman B. 1995. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 118 (1), 108-132.
- Eskola J. & Pietilä A-M. 2002. Eläytymismenetelmä ja terveysvalinta: ekskursio eläytymismenetelmän käyttöön nuorten terveysvalinnassa. Teoksessa: Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E. ym. (toim.) Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 243-261.
- Essex MJ, Klein MH, Miech R & Smider NA. 2001. Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *The British Journal of Psychiatry* 179, 151-156.
- The European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening. Conference Report. *European Archives on Otorhinolaryngology*, 255, 521-22.
- Falk-Rafael AR. 2001. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science* 24 (1), 1-16.
- Forsberg H. 2000. Lapsen näkökulmaa tavoittamassa. Arviointitutkimus turvakotien lapsikeskeisyyttä kehittävästä projektista. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Forsberg H. 2002. Lasten asiakkuudet ja kokemukset turvakodissa. Julkaisu no 31. Helsinki: Ensi- ja turvakotienliitto.
- Friedman M. M. 1992. *Family nursing: theory and practice*. 3rd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Gerbner G, Gross L, Morgan M & Signorielli N. 1994. Growing up with television: The cultivation perspective. In: Bryant J & Zillmann D (eds). *Media Effects: Advances in Theory and Research*, 17-41.
- Hakulinen T. 1998. The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis* 585. Tampereen yliopisto.
- Halmesmäki E. 2000. Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytysairaалassa. *Stakes, ehkäisevä päihdetyö*. Helsinki.
- Halmesmäki E & Autti-Rämö I. 1994. Alkoholinkäytön vaikutukset raskauteen ja syntyvän lapsen ennuste. *Suomen Lääkärilehti* 49 (10), 1025-1028.
- Halmesmäki E & Kari A. 1998. Huumeet ja raskaus. *Duodecim* 114 (20), 2109-2114.
- Hannula L. 2003. Imetysnäkemys ja imetyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, *Scripta lingua fennica edita*, osa 195. Turku.
- Hasu J. 1998. Lapsen sairastaminen ja vanhempien voimavarat sekä käsitykset terveydenhoitajan ja terveyskeskuslääkärin toiminnasta: kysely leikki-ikäisten lasten vanhemmille Kotkassa. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T & Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. 3. uudistettu painos. Julkaisuja 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Heikkinen T & Ruuskanen O. 2001. Lapsen infektiokierre. *Duodecim* 117 (7), 731-736.
- Heimo E. 2002. Erytistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 184. Turku.
- Heiskanen M & Piispa M. 1998. Usko, toivo, hakkaus: kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Helsinki: Tilastokeskus.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR & Uutela A. 2003. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17. Helsinki.
- Helminen M-L & Iso-Heiniemi M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta: käyttäjän opas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hirvonen E, Pietilä, A-M & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. (toim.) Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Hodnett ED & Roberts I. 2000. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane database, Systematic Reviews* 2000:2:CD000107.
- Holma T. 2003. ITE 2 -opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat: hoiva-isiä, etä-isiä ja ero-isiä. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Hynynen P. 1999. Terveystienhoitajan kotikäynti lapsiperheen terveyden edistämiseksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Häggman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I. (toim.) 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin perhetyöstä. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty: lapsiperheprojektin loppuraportti. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Jaakkola N. 2002. Passive smoking during pregnancy and early childhood: occurrence, determinants, health effects and prevention. *Kansanterveystieteen julkaisuja* M 179. Helsingin yliopisto.
- Joensuu J, Koskeniemi E, Hulkko T & Kilpi T. 2002. Pikkulasten rokotusohjelman toteutuminen Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 57 (22), 2407-2410.
- Joint Committee on Infant Hearing. 2000. Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *American Journal of Audiology*. 9, 9-29.
- Jokinen E. 1996. Väsynyt äiti. Äitien omaelämäkerrallisia esityksiä. Tampere: Gaudeamus.
- Jokinen E. 2004. Lapsen verenpaine. Lääkärin käsikirja 19.5.2004. Helsinki: Duodecim.
- Järventie I & Sauli H. (toim.) 2001. Eriarvoinen lapsuus. Helsinki: WSOY.
- Järvinen T & Keskiärrkkä P. 1996. Lapsiprojekti 1993–1996: loppuraportti. Pohjois-Karjalan lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto. Julkaisu 2. Joensuu.
- Järvinen, R, Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T & Paavilainen E. 2000. Helpotusta pienten lasten perheiden arkeen: kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmästä. *Hoitotiede* 12 (5), 270-280.
- Kaila P. 2001. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen perhekeskeisessä neuvolatyössä. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 174. Turku: Turun yliopisto.

- Kaila-Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kaljunen L. 2002. Ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistaminen: voimavaramittarin laatiminen ja arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Keltikangas-Järvinen L. 2003. Hyvä itsetunto. 13-14. painos. Helsinki: WSOY.
- Keltikangas-Järvinen L. 2000. Tunne itsesi, suomalainen. Helsinki: WSOY.
- Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. Archives of Disabled Children 82(6), 443-51.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 5, 213-222.
- Killén K. 1996. Svikna barn. Wahström & Widstrand.
- Kirjavainen T. 2003. Kätkytkuoleman riskitekijät. Duodecim 199, 577-9.
- Koivisto M, Kronqvist E-L, Oksanen R, Saukkonen A.-L, Forssius H & Wasz-Höckert O. 1992. Oulun neuvolatutkimus: tehostetun neuvolatyön vaikutus esikoislapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen ja terveyteen kahdeksan ensimmäisen ikävuoden aikana. Oulu: Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Oulun yliopiston lastentautien klinikka.
- Kontula O & Lottes I. (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi.
- Koponen P. 2002. Väestön terveysseuranta. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 131-146.
- Kumpulainen K, Henttonen I & Räsänen E. 1994. Psykkisten oireiden esiintyvyys 8-vuotiailla lapsilla Itä-Suomessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. D, Lääketiede 37. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kunnamo I & Hermanson E. 2004. Lääkärin tekemät ikäkausitarkastukset lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 19.4.2004. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Kunnamo I. 1997. Liimakorvataudin seulonta lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 4.6.1997. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi
- Kunnamo I. 2004. Sydämen kuuntelu ja verenpaineen mittaaminen lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 19.5.2004. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Kurki, P.-L, Koivuniemi-Iliev L & Tuulos T. 2001. Psykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa: varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -projekti 1997-2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 64. Oulu.
- Kvarnström G, Jakobsson P & Lennerstrand G. 1998. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. Acta Paediatrica 87 (11), 1173-1179.
- Lammi-Taskula J & Varsa H. 2001. Vanhemmuuden aika: vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työskentelyä. Aiheita 7. Helsinki: Stakes.
- Larjomaa R. (toim.) 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla: imeväis- ja leikki-ikäisen terveyskertomus. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Lastenneuvolaopas. 1990. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Lautala P & Nuutinen O. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. Teoksessa: Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Viides painos. Espoo: Orion, 431-438.
- Lehtonen L. 1997. Imeväisen koliikki. Teoksessa: Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Viides painos. Espoo: Orion, 400-403.
- Lehtonen E, Holmberg-Marttila D & Kaila M. 2003. Cumulative prevalence of atopic eczema and related skin symptoms in a well-baby clinic: a retrospective cohort study. Pediatric Allergy and Immunology, 14(5), 405-408.
- Luksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja.

- Sarja C, *Scripta lingua Fennica edita*, osa 161. Turku.
- Louhimo I, Peltonen J, Rintala R. (toim.) 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Luoma I. 2004. From pregnancy to middle childhood. What predicts a child's socio-emotional well-being? *Acta Universitatis Tamperensis* 1002. University of Tampere.
- Luoma I, Tamminen T & Kaukonen P ym. 2001. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-74.
- Lyytinen P. 1999. Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti ja Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus.
- Lyytinen P. 2003. Kielen kehityksen varhaisvaiheet. Teoksessa: Siiskonen T, Aro T, Ahonen T & Ketonen R. (toim.) *Joko se puhuu? Kielenkehityksen vaikeudet varhaislapsuudessa*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 48-68.
- Lyytinen P, Ahonen T, Eklund K & Lyytinen H. 2000. Ääntelyn ja motoriaan kehityksen seurantamenetelmä. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti ja Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus.
- Lyytinen P, Eklund K & Laakso M-L. 2003. Varhainen kognitio, temperamentti ja vuorovaikutus. Teoksessa: Lyytinen P, Korhakangas M & Lyytinen H. (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan*. 1-6 p. Porvoo: WSOY, 40-65.
- Löthman-Kilpeläinen L. 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Mattila M, Tervaskanto-Mäentausta T & Blanco-Sequeiros M. 1998. Neuvola keskiässä – kriisissäkö? Oulun läänin neuvolaprojektin (1996–1999) väliraportti. Monisteita: 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Moilanen I. 1998. Onko pitkäaikaissairaalan lapsen sisarukset unohdettu? *Suomen Lääkärilehti* 53 (29), 3243.
- Munnukka T, Kiiikkala I & Valkama K. 2002. Äitien sosiaalinen tuki välittyy Internetin postituslistoilla. *Sairaanhoitaja* 5 (220), 24-27.
- Mustonen K. 1999. Vauvan neurologinen arviointi- ja ohjantamenetelmä Vane. 1.5, 4, 8, ja 18 kk. *Honkalampi-säätiön julkaisusarja* 19. Ylämylly: Pohjois-Karjalan keskussairaala.
- Mustonen A & Pulkkinen L. 2003. Teknologian arviointeja. Osa 14: Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka: loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 1/2003. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.
- Mäenpää-Reenkola E. 1997. Naisen verhottu sisin. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mäkelä M. 2000. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa: *Hoitotyön vuosikirja 2001: Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: Tammi, 21-28.
- Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 47 (22), 2447-2453.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K & Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim*, 6, 459-466.
- Määttä K. 2000. *Kestävä parisuhde*. Helsinki: WSOY.
- Niskanen P, Sorri P & Ojanen M. 1993. *Auta auttamaan: käsikirja työnohjauksesta*. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Okkonen T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.
- Olds DL, Henderson CR & Kitzman H, Eckenrode JJ, Cole RE & Tatelbaum RC. 1999. Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child* 9 (1), 44-65.
- Ollikainen L. 2002. Päivähoidon, vanhempien ja neuvolan yhteistyö toimii. *Terveydenhoitaja* 45, 28-29.

- Paavilainen E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä: perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. Acta Universitatis Tamperensis 604. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Patja K & Haukkala A. 2004. Tupakkakertomus 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Helsinki.
- Paunonen-Ilmonen M. 2001. Työnohjaus: toiminnan laadunhallinnan varmistaja. Helsinki: WSOY.
- Pekonen O & Pulkkinen L. 2002. Teknologian arviointeja. Osa 11: Sosiaalinen pää-oma ja tieto- ja viestintätekniiikan kehitys: esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2002. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.
- Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 18. Kuopio.
- Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena: selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Selvityksiä 2000:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14, 202-212.
- Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? Suomen Lääkärilehti 58 (4), 387-391.
- Perttilä K, Koskinen S, Karvonen S, Orre S & Rimpelä M. 2003. Ehdotus kunnille lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi. Työpapereita 4. Kuntien hyvinvointistrategiat. Stakes, Helsinki.
- Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva väkivalta ja seulonta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Selvityksiä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Ilmestyy 2004.
- Perälä M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 53-67.
- Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. 2001. Oppaita 2001:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Preski S & Walker LO. 1997. Contributions of maternal identity and lifestyle to young children's adjustment. Research in Nursing and Health 20 (2), 107-117.
- Promotion of breastfeeding in Europe. 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a review of interventions. EU Project Contract N. SPC 2002359.
- Pruett KD. 1993. The paternal presence. Families in society. The Journal of Contemporary Human Services (January), 46-50.
- Pulkkinen L. 1984. Nuoret ja kotikasvatus. Helsinki: Otava.
- Pulkkinen L. (toim.). 1996. Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Atena.
- Pulkkinen L. 2002. Koti, koulu ja yksityinen elämänpiiri hyvän elämän ankkurina. Teoksessa: Rönkä A & Kinnunen U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus: suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 14-29.
- Puura K. 1998. What children tell and adults notice: psychiatric disturbances among Finnish children. Acta Universitatis Tamperensis 605. Faculty of Medicine. Tampere: University of Tampere.
- Puura K. 2002. Asiantuntijakuuleminen Sosiaali- ja terveysministeriön Neuvolatoiminnan asiantuntijaryhmän kokouksessa 25.3.2002, Helsinki.
- Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M, Virta E, Turunen M-M & Koivisto A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaittajana. Suomen Lääkärilehti 56 (47), 4855-4861.
- Puura K, Davis H, Papadopoulou R. ym. 2002. The European early promotion project: A new primary health care service to promote children's mental health. Infant Mental Health Journal 23(6), 606-624.

- Rautiainen M. (toim.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta: käyttäjän opas. Osa 2: Syvennä ja sovelle. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Reinholm M. 2003. Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?: pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Helsinki: Väestöliitto, Perheverkko.
- Renko M & Uhari M. 2001. Infektioiden ehkäisy päiväkodeissa. *Duodecim* 47 (10), 1093-1098.
- Rimpelä M, Rimpelä A, Vikat A, Hermanson E, Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Savolainen A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen Lääkärilehti* 52, 24, 2705-2712.
- Rintanen H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäntilanteissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rousu S & Holma T. 1999. Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön: toimintamalleja ja työvälineitä kuntien sosiaalitoimistojen laatutyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Ruokolainen A. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys 1990-luvulla: Sotkatietoihin perustuva tilastoraportti hyvinvointiselontekoa valmistelevalta kunnista. Aiheita 41. Helsinki: Stakes.
- Rytkönen O & Hautsalo K. 1999. Laadukas parisuhde: onnea ja vuorovaikutusta. *Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja* 10. Jyväskylä.
- Saha M-T. 1997. Miksi kasvaa seurataan? *Suomen Lääkärilehti* 52 (30), 3479.
- Salmenperä L. 1997. Rintaruokinta ja kasvu. *Duodecim* 113 (7), 605-610.
- Salo M. 2003. Lapsen hyperkolesterolemian diagnostiikka ja hoito. Lääkärin käsikirja 22.5.2003. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Salo-Jokinen B. 2002. Laatusertifikaatti Martinlaakson neuvolalle. *Terveydenhoitaja* 4-5, 22-24.
- Sandberg S. 1999. Tarkkaavaisuus-ylivilkkaushäiriö ja sen lääkehoito. Teoksessa: Ahonen, T. & Aro, T. (toim) *Oppimisvaikeudet. Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena*. Juva: Atena-kustannus, 120-150.
- Scambler D, Rogers SJ & Wehner EA. 2001. Can the checklist for autism in toddlers differentiate young children with autism from those with developmental delays? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (12), 1457-1463.
- Sevon E & Huttunen J. 2002. Odottavan äidin vastuu. Teoksessa: Rönkä A & Kinnunen U. (toim.) *Perhe ja vanhemmuus: suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen*. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Shah DV, McLeod JM & So-Hyang Y. 2001. Communication, context, and community: An exploration of print, broadcast, and Internet influences. *Communication Research* 28 (4), 464-506. 13-42.
- Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: suosituksien 1999. Viisainen K. (toim.). *Oppaita* 34. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Helsinki: Stakes.
- Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 751. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Martin L, Pindoria S, Wade A. 2002. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. CD001141.
- Simell O. (toim.) 1997. *Neuvolakirja*. Viides painos. Espoo: Orion
- Simoila R. Hoitotyön johtaminen – mitä se on? 1999. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 17-52.
- Sinkkonen J. 2001. Lapsen puolesta. Helsinki: WSOY.
- Sinkkonen J. & Kalland M. (toim.) 2002. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. 1-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Sintonen H. 2001. Terveystaloustieteen käsitteet selviksi. *Impakti* 3, 2.

- Sorri M & Mäki-Torkko E. 1998. Varhaislapsuuden vaikeat kuuloviat. *Duodecim* 114(18)1807.
- Sorri M, Hartikainen-Sorri AL & Alho OP. 1987. Suoritetaanko kuulon paikantamisvaste neuvoloissa oikein? *Suomen Lääkärilehti* 42, 2502-06.
- Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle: lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Aiheita 16. Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. 2003. Julkaisuja 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti. 2003. Työryhmämuistioita 2003:37. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stakes. 2004. Kysely terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä työstä kansanterveysstyössä. Perustaulukot. Saatavissa internetistä www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/ 18.5.2004.
- Stockley, L. Consolidating and updating the evidence base for promotion of breast feeding. 2004. Saatavissa internetistä: www.wales.gov.uk/subihealth/content/keypubs/breast/promotionofBreastfeeding.pdf.
- Strömmer, R. 2003. Henkilöstöjohtaminen. Business EDITA, 3. painos. Helsinki: Edita.
- Suomen sairaanhoitajaliitto. 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeen johtoryhmä tiedottaa. (mm. Näytöllä tuloksiin -käsikirja, hakemus ja hakuohjeet). Saatavissa internetistä www.sairaanhoitajaliitto.fi. 18.5.2004.
- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. 2003. Työryhmämuistioita 38. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvojulkaissuja 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Söderholm A. 1997. Lapsen huolenpidon laiminlyönti ja pahoinpitely. Kirjassa Simell O (toim) Neuvolakirja. Viides painos. Espoo: Orion, 466-476.
- Söderholm A. 2002. Luento Sosiaalipediatrian jatko- ja täydennyskoulutustilaisuudessa. Helsingin yliopiston Lammin biologinen asema, Lammi. 10.–11.10. 2002.
- Tamminen T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. *Acta Universitatis Tamperensis Ser. A* 304. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. *Acta Universitatis Tamperensis Ser. A* 518. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. 2004. Oppaita 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. 2003. Julkaisuja 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Thomas A & Chess S. 1977. Temperament and development. New York: Brummer-Maze.
- Thomas H, Camiletti Y, Cava M ym. 1999. Effective public health project: Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child outcomes. Saatavissa internetistä: www.health.hamilton-went.on.ca/CSARB/ephpp/ephppSumRev.htm.
- Tieteellinen perustelukatsaus ympäristön tupakansavun terveyshaitoista. 2000. Selvityksiä 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tikanoja T. 2003. Sivuväni lapsen sydämessä. Lääkärin käsikirja 11.6.2003. Helsinki: Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Tsiantis J, Smith M, Dragonas T & Cox A. 2000. Early mental health promotion in children through primary health care services: A multi-centre implementation. *International Journal of Mental Health Promotion* 2(3), 5-17.

- Törrönen H. 1998. Ehjänä perille. Kokemuksia lastensuojelun vauvaperhetyön kehittämisestä. Julkaisu 18. Helsinki: Ensi- ja turvakotienliitto.
- Vakkilainen E-L & Järvinen K. 1994. Taimi. ITU-projektin loppuraportti. Aiheita 10. Stakes: Helsinki.
- Valtonen R & Mustonen K. 2003. LENE – Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Valtonen R, Ahonen T & Lyytinen P. 2004. Lapsen kehityksen seuranta neuvolassa LENE-menetelmällä. Suomen Lääkärilehti 38, 3485-3489.
- Varjoranta P. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintamallit ja työmenetelmät lastenneuvolassa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksiä 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vehviläinen-Julkunen K & Teittinen M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen: pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa. Raportteja 81. Helsinki: Stakes.
- Vehviläinen-Julkunen K, Varjoranta P & Karjalainen K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. Hoitotiede 6 (1), 22-30.
- Vikat A, Kosunen E & Rimpelä M. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34 (2), 84-90.
- Williams C, Northstone K, Harrad RA, Sparrow JM, Harvey I. 2002. Amblyopia treatment outcomes after screening before or at age 3 years: follow up from randomised trial. British Medical Journal 324, 1549-1555.
- Voutilainen A & Ilveskoski I. 2000. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa. Duodecim 116(18), 2025-31.
- Väisänen L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Duodecim 116(14), 1507-12.
- Välimäki T. 2000. Auttaako Lapsiperhe-projekti? Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

NEUVOLATYÖN ASiantuntijatyöryhmä

Toimikausi: 1.2.2002-31.1.2003

- Puheenjohtaja Merja Saarinen, lasten ja nuorten lääkäri, Mäntsälän terveyskeskus
- Varapuheenjohtaja Maire Kolimaa, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet:

- Mika Gissler, kehittämisspäällikkö, Stakes
- Elina Hermanson, LKT lastentautien erikoislääkäri, Väestöliitto
- Arja Häggman-Laitila, erityisasiantuntija, Mannerheimin Lastensuojeluliitto
- Heli Hämäläinen, terveydenhoitaja, Vantaan sosiaali- ja terveyskeskus
- Kari Ilmonen, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö
- Sari Koivunen, kättilö, Kaarinan-Piikkiön terveyskeskuskuntayhtymä
- Ritva Larjomaa, erityisasiantuntija (myöh. kehittämisspäällikkö), Suomen Kuntaliitto
- Juha Metso, sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja, Espoon kaupunki
- Marjaana Pelkonen, dosentti, TH, Kuopion yliopisto
- Timo Renfors, psykologi, Ilomantsin terveyskeskus
- Tytti Tuulos, terveydenhuollon tarkastaja, Oulun lääninhallitus
- Mauri Upanne, puheenjohtaja, Lastensuojelun Keskusliitto
- Mauri Viitala, johtava hoitaja, Alavuden seudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Pysyvät asiantuntijat:

- Terttu Jääskeläinen, opetusneuvos, opetusministeriö
- Krista Korhonen, terveyskeskuslääkäri, Härkätien terveyskeskus, Lieto
- Pirkko Kouri, yliopettaja, Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu
Kokouksiin osallistui lisäksi syksystä 2002:
- Eija Kempainen, kehittämisspäällikkö, Suomen Terveydenhoitajaliitto

Sihteerit:

- Ritva Väistö, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö 30.6.2002 asti
- Marjaana Pelkonen, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö, 1.11.2002 lähtien

Kirjoittajat:

- Elina Hermanson, LKT lastentautien erikoislääkäri, Väestöliitto
- Marjaana Pelkonen, dosentti, TH, Kuopion yliopisto, (STM 1.11.2002 lähtien)

Jaostot:

- Tilasto- ja tietojärjestelmäjaosto, puheenjohtaja Mika Gissler
- Sidosryhmäjaosto, puheenjohtaja Mauri Upanne
- Koulutusjaosto, puheenjohtaja Terttu Jääskeläinen

Työskentelyn aikana kuullut asiantuntijat:

- Apulaisylilääkäri Kaija Puura, Tays
- Projektipäällikkö Hannu Säävälä, Oulun ensi- ja turvakoti
- Professori Kaija Saranto, Kuopion yliopisto
- Kehittämispäällikkö Tytti Solantaus, Stakes
- Professori Tuula Tamminen, Tays
- Erikoissairaanhoitaja Pia Brandt, Väestöliitto
- Professori Liisa Keltikangas-Järvinen, Helsingin yliopisto
- Terveydenhoitaja Minna Reinholm, Väestöliitto
- Erikoislääkäri Satu Kivitie-Kallio, HUSin lasten ja nuorten sairaala
- Professori Olli Simell, Tyks
- Terveystieteiden erikoislääkäri Ilkka Kunnamo, Karstulan terveyskeskus

Sidosryhmäjaostossa kuullut asiantuntijat:

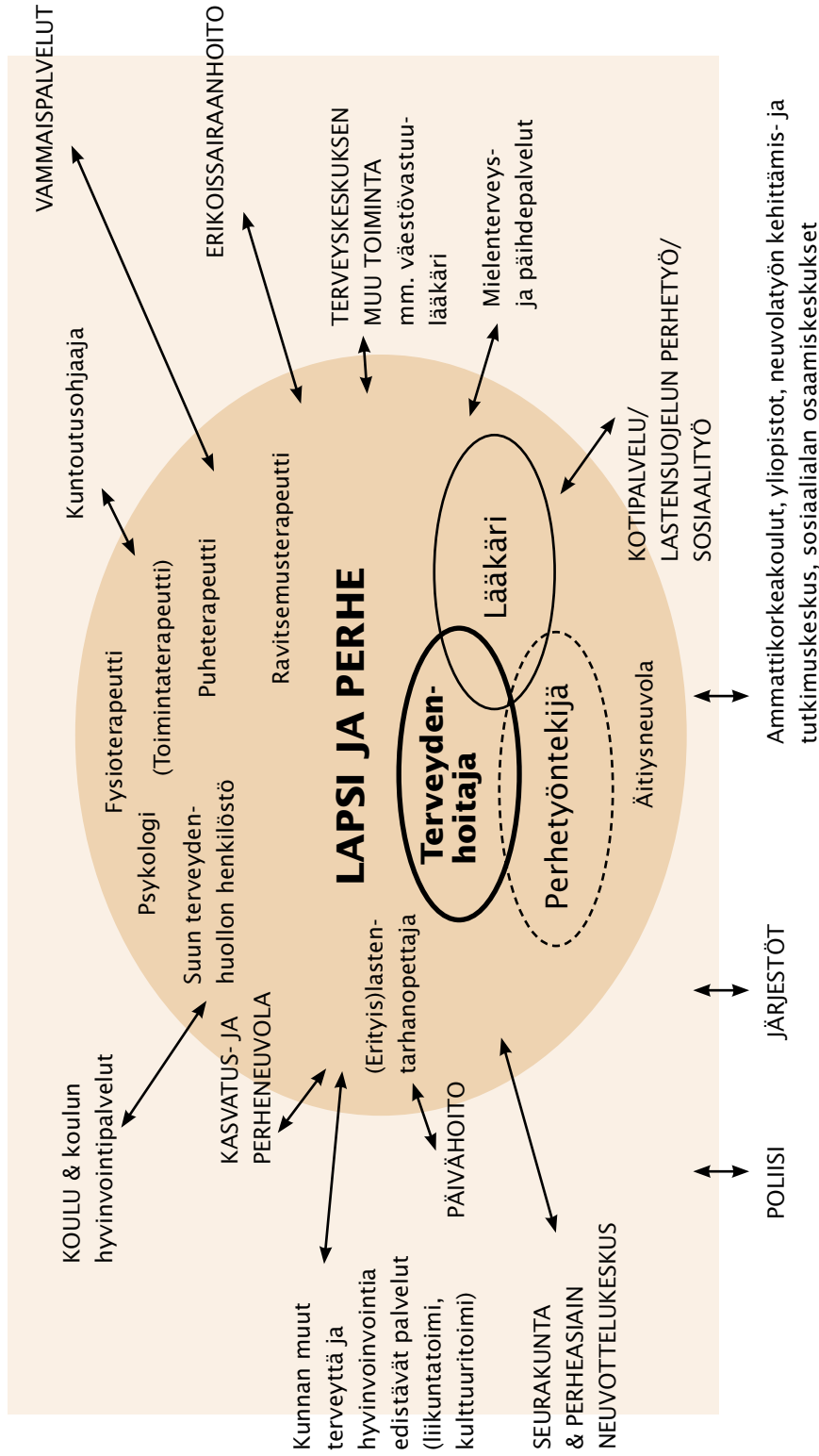
- Johtaja Martti Esko, kirkon perheasiain neuvottelukeskus
- Tutkimusprofessori Matti Rimpelä, Stakes
- Kehittämispäällikkö Anna-Leena Välimäki, Stakes
- Toiminnanjohtaja Juhani Johanson, Suomen kasvatustieteiden ja perheneuvontaliitto

Asiantuntijalausunnon antaneet tahot:

- Suomen Lastenlääkäriyhdistys
- Suomen Lastenneurologinen Yhdistys
- Suomen Lastenpsykiatriyhdistys
- Suomen Silmälääkäriyhdistys
- Suomen Otolaryngologiyhdistys
- Stakes
- Suomen Hammaslääkärisseura Apollonia
- Kansanterveyslaitoksen rokoteosasto
- Niilo Mäki Instituutti
- Suomen Psykologiliitto
- Ravitsemusasiantuntijaryhmä
- Suomen Kätilöliitto (koskien imetystä)

LASTENNEUVOLATYÖRYHMÄ JA PERHEPALVELUVERKOSTO

Liite 2.



LASTENNEUVOLAA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Säädöstekstien ajantasaiset versiot kokonaisuudessaan löytyvät internetistä osoitteesta: www.finlex.fi

Perustuslaki

Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu (19 §).

Lastenneuvolatyö kansanterveystyönä

Kansanterveyslaki (66/1972)

Kansanterveyslain 14 §:ssä todetaan kunnan tehtäväksi ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta siihen sisältyen, ja kunnan asukkaiden yleisten terveys-tarkastusten järjestäminen.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Henkilön kotikunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon tämän lain mukaisesti. Sama velvollisuus kunnalla on kiireellisissä tapauksissa sellaisen henkilön erikoissairaanhoitoon, jolla ei ole Suomessa kotipaikkaa.

Kuntalaki (365/1995)

Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä alueellaan (1 §). Kunnan tehtävänä on hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetty tehtävät. Kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä. Kunta hoitaa sille laissa säädetty tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Tehtävien hoidon edellyttämiä palveluja kunta voi hankkia myös muilta palvelujen tuottajilta (2 §).

Kunnan toimielimiä ovat valtuuston lisäksi kunnanhallitus, lautakunnat, johtokunnat, niiden jaostot sekä toimikunnat (17 §). Tarkastuslautakunnan on valmisteltava valtuuston päätettävät hallinnon ja talouden tarkastusta koskevat asiat sekä arvioitava, ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet (71 §).

Asiakkaan asemaa, potilasasiakirjoja ja salassapitoa koskevia lakeja

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laissa säädetään mm. potilaan oikeudesta hyvään hoitoon ja kohteluun, hoitoon pääsystä, potilaan itsemääräämisoikeudesta, alaikäisen potilaan asemasta, kiireellisestä hoidosta, tiedonsaantioikeudesta, potilasasiakirjojen pitämisestä ja potilastietojen luovuttamisesta.

Lain 3 §:n mukaan henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on myös oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkkauksesta.

Lain 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa.

Lain 12 §:ssä todetaan mm., että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Siinä todetaan myös, että terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjat potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika.

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat lain 13 §:n mukaan salassa pidettäviä ja niitä saa antaa sivulliselle lähtökohtaisesti vain potilaan - tai jos hänellä ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä - hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja voidaan kuitenkin luovuttaa potilaan tai hänen laillisen edustajansa suullisen tai asyayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Vastaavasti suullisen tai asyayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen perusteella voidaan luovuttaa yhteenvedo annettusta hoidosta (hoitopalaute) potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon

ammattihenkilölle ja potilaan hoidosta vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille (ns. omalääkärille).

Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan lisäksi luovuttaa potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumusta edellyttämättä, jos tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti säädetty.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laissa säädetään mm. sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista, salassapidosta, vaitiolo- ja salassapitosääntöjen ja salassa pidettävien tietojen luovuttamisesta. Lain 20 §:n mukaan mm. terveyden- ja sairaanhoito- toimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan eräin edellytyksin sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosääntösten estämättä tiedot ja selvitykset.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992)

Lain 5 §:n perusteella mm. neuvolatoimintaan kuuluvat palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001)

Asetus koskee kaikkia terveydenhuollon toimintayksiköitä ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Asetuksessa säädetään mm. potilasasiakirjojen laatimista ja potilastietojen käsittelyä koskevista yleisistä periaatteista ja vaatimuksista sekä tarkemmin siitä, mitä tietoja potilasasiakirjoihin tulee merkitä.

Sosiaali- ja terveysministeriön opas nro 2001:3 Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen

Potilasasiakirjojen säilyttämisestä vastaa pääsääntöisesti se terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa asiakirjat ovat syntyneet. Jos potilas muuttaa siten, että hoitovastuu siirtyy toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle ja asiakirjoja tarvitaan potilaan hoidossa, asiakirjoista voidaan potilaan suostumuksella toimittaa jäljennöksiä tai, jos jäljennösten ottaminen ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista, antaa niitä lainaksi tälle toimintayksikölle. Jos asiakirja on kuitenkin luonteeltaan sellainen, että potilaan terveyden- ja sairaanhoidolle on haittaa merkintöjen tekemisestä kussakin terveydenhuollon toimintayksikössä erikseen, potilasasiakirja voidaan potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella siirtää alkuperäisenä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Edellä mainittuja asiakirjoja ovat esim. neuvola- ja kouluterveydenhoidossa sekä hammashuollossa syntyvät lasten ja nuorten kasvuun ja kehitykseen liittyvät asiakirjat. Lähetävän terveydenhuollon toimintayksikön tiedostoihin tulee tällöin merkitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.

Henkilötietolaki (523/1999)

Laissa säädetään henkilörekisterin pitämiseen ja muuhun henkilötietojen käsittelyyn liittyvistä vaatimuksista. Lain 9 §:ssä todetaan, että käsiteltävien henkilötietojen tulee olla määritellyn henkilötietojen käsittelyn kannalta tarpeellisia. Laki määrittelee myös arkaluonteisten tietojen käsittelykiellosta sekä siitä, millä oikeuksilla arkaluonteisia tietoja voi käsitellä. Terveydenhuollon toimintayksikössä voidaan käsitellä omassa toiminnassa saatuja tietoja rekisteröidyn terveydentilasta, sairaudesta tai vammaisuudesta ja häneen kohdistetuista hoitotoimenpiteistä sekä muita hoidon kannalta välttämättömiä tietoja (12 §). Lain 24 §:ssä käsitellään rekisteröidyn oikeutta saada tietoja henkilötietojen käsittelyn tarkoituksesta, sekä siitä mihin tietoja säännönmukaisesti luovutetaan. Tiedot on annettava henkilötietoja kerätessä ja talletettaessa.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999)

Lakiin sisältyvät mm. yleissäännökset asiakirjojen salassapidosta sekä vaihtolovelvollisuussäännökset.

Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa (13/2003)

Laki tuli voimaan 1.2.2003. Se korvasi lait hallinnon sähköisestä asioinnista ja sähköisestä viestinnästä oikeudenkäyntiasioissa, ja on soveltamisalaltaan edellisiä lakeja kattavampi. Lailla selkeytetään sähköisen asioinnin edellytyksiä erityisesti tuomioistuimissa ja ulosottoviranomaisissa. Laki koskee asian sähköistä vireillepanoa, käsittelyä ja päätöksen tiedoksiantoa. Uuden lain mukaan palveluja on järjestettävä teknisten ja taloudellisten valmiuksien mukaisesti. Asiakkaalla ei siis ole ehdotonta oikeutta sähköiseen asiointiin. Jos asian vireillepanossa edellytetään allekirjoitettua asiakirjaa, allekirjoitusvaatimuksen täyttää sähköinen allekirjoitus, joka käytännössä saadaan esimerkiksi sähköisen henkilökortin avulla.

Laki sähköisistä allekirjoituksista (14/2003)

Laki tuli voimaan helmikuun alusta 2003. Uudessa laissa säädetään mm. sähköisiin allekirjoituksiin liittyvästä varmentamistoiminnasta.

Terveydenhuollon henkilöstöä koskevia lakeja ja asetuksia

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Esimerkiksi lain 3 ja 4 lukuun sisältyvät terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuuksia ja oikeuksia koskevat säännökset ja 5 lukuun ammattihenkilöiden ohjausta ja valvontaa koskevat säännökset. Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen koulutukseen (18 §).

Kansanterveyslaki 41 § ja erikoissairaanhoidolaki 10 §

Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003)

Asetuksessa on säännökset mm. täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadun edellytyksistä, määrästä ja järjestämisestä.

Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä (504/2002)

Lakia sovelletaan työ- ja virkasuhteessa tehtävään työhön, johon pysyväisluontoisesti ja olennaisesti kuuluu ilman huoltajan läsnäoloa tapahtuvaa alaikäisen kasvatusta, opetusta, hoitoa tai muuta huolenpitoa taikka muuta työskentelyä henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa alaikäisen kanssa (1 §). Lakia sovelletaan myös siviilipalvelusvelvollisen työpalveluun, työelämävalmennuksessa olevan työhön, työharjoittelijan työhön, työkokeilussa olevan työhön, perhehoitajan antamaan perhehoitoon sekä yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetussa laissa ja yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettuun palvelun tuottajaan (2 §).

Työnantajan tulee pyytää nähtäväksi ote rikosrekisteristä henkilöltä, kun henkilö ensi kerran otetaan tai nimitetään em. tehtäviin (3 §). Samoin lääninhallituksen on pyydettävä nähtäväksi ote rikosrekisteristä yksityisen sosiaalipalvelujen tai terveydenhuollon palvelujen tuottajalta ennen luvan myöntämistä palvelujen antamiseen alaikäisille, kun henkilölle kuuluu em. tehtäviä. Kunnan tulee pyytää henkilöltä rikosrekisterin ote nähtäväksi, kun se saa yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain 6 §:n tai lasten päivähoidosta annetun lain 28 §:n 1 momentin mukaisen ilmoituksen (4 §).

Muita sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja ja asetuksia

Tartuntatautilaki (583/1986)

Lain 7 §:ssä todetaan, että kunnan velvollisuutena on järjestää alueellaan tässä laissa tarkoitettu tartuntatautien vastustamistyö osana kansanterveysyötä. Lain 11 §:ssä käsitellään yleisiä vapaaehtoisia rokotuksia ja terveystarkastuksia.

Tartuntatautiasetus (786/1986)

Asetuksessa säädetään tarkemmin mm. tartuntatautien ehkäisystä, eri tahojen tehtävistä, rokotusten antamisesta ja pakollisista terveystarkastuksista.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskauden-aikaisesta seulonnasta (421/2004)

Asetuksen liitteessä on lueteltu yleisessä rokotusohjelmassa käytettävät rokotteet. Siinä on myös lueteltu lapsille ja nuorille annettavat rokotteet ja ikä, jolloin rokotus suositellaan annettavaksi. Rokotuksen vakavat tai odottamattomat haittavaikutukset on ilmoitettava Kansanterveyslaitokselle.

Lastensuojelulaki (683/1983)

Lastensuojelulain mukaan lapsena pidetään alle 18-vuotiasta ja nuorena alle 21-vuotiasta henkilöä. Lain 10 §:n mukaan lapsen etua selvittäessä on otettava huomioon lapsen omat toivomukset ja mielipide, perehdyttävä lapsen kasvuoloihin sekä arvioitava, miten eri lastensuojelutoimet todennäköisesti vaikuttavat lapsen kehitykseen. Lastensuojelun tarpeessa olevasta lapsesta on 40 §:n mukaan ilmoitusvelvollisuus viipymättä sosiaalilautakunnalle mm. sosiaali- ja terveydenhuollon, koulutoimen, poliisitoimen tai seurakunnan palveluksessa olevalla henkilöllä. Myös muu henkilö voi tehdä tällaisen ilmoituksen.

Kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon, kuten päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, on otettava huomioon myös hänen huollossaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve (7 §).

Päihdehuoltolaki (41/1986)

Päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa sekä muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta (2 §). Lain 7 §:n mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Lain 9 §:ssä päihdehuollon alalla toimivat viranomaiset ja yhteisöt veloitetaan olemaan keskenään yhteistyössä ja todetaan että erityistä huomiota on kiinnitettävä mm. päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, koulutoimen, nuorisotoimen ja poliisin keskinäiseen yhteistyöhön.

Raittiustyölaki (828/1982)

Lain 4 §:n mukaan raittiustyöstä vastaavan toimielimen on toimittava yhteistyössä erityisesti kunnan terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa.

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976)

Lain 12 §:ssä säädetään tupakointikiellosta päiväkotien ja koulujen oppilaille tarkoitetuissa sisätiloissa sekä niiden alle 18-vuotiaille tarkoitetuilla ulkoalueilla.

Sosiaalihuoltolaki (710/1982)

Lain 54 §:n mukaan sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtivan toimielimen on tarpeen mukaan oltava yhteistoiminnassa kunnan muiden viranomaisten, naapurikuntien toimielinten ja kansanter-

veystyön toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtivan toimielinten sekä kunnassa toimivien yhteisöjen kanssa, joiden toiminta liittyy kunnan sosiaalihuollon tehtäviin.

Sosiaalihuoltoasetus (607/1983)

Asetuksen 1 §:n mukaan lautakunnan on toimittava siten, että sosiaaliset näkökohdat otetaan huomioon kunnan eri toiminnoissa mm. terveydenhuollossa. Sosiaalilautakunnan on tehtäviään toteuttaessaan toimittava yhteistyössä muiden viranomaisten, yhteisöjen ja asukkaiden kanssa sekä tehtävä aloitteita ja annettava lausuntoja ja muuta asiantuntija-apua (2 §).

Laki lasten päivähoidosta (36/1973)

Päivähoidon tulee terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan olla lapselle ja lapsen hoidolle ja kasvatukselle sopiva (6 §). Lain 7 §:n mukaan erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen kuntoutuksen yhteensovittamiseksi laaditaan lapselle kuntoutussuunnitelma yhteistyössä lapsen vanhempien ja tarpeen mukaan kunnan muun sosiaalihuollon, terveydenhuollon sekä koulutoimen kanssa.

Asetus lasten päivähoidosta (239/1973)

Kun päiväkotiin otetaan lapsi, joka on erityisen hoidon tai kasvatuksen tarpeessa, hänestä on hankittava alan erikoislääkärin tai muun asiantuntijan lausunto (2 §). Sosiaalilautakunnan tulee päivähoidon harjoittamista koskevan ilmoituksen saatuaan suorittaa tarkastus päivähoitopaikassa ja huolehtia siitä, että päivähoitopaikka ja siellä annettava hoito vastaavat päivähoitolle asetettuja terveydellisiä ja muita vaatimuksia (11 §).

Muita neuvolatyöhön liittyviä lakeja

Rikoslaki (39 /1889, 578/1995, 563/1998)

Rikoslain 20 luvussa määritellään seksuaalirikoksiksi seuraavat rikokset:

Raiskaus, törkeä raiskaus, pakottaminen sukupuoliyhteyteen, pakottaminen seksuaaliseen tekoon, seksuaalinen hyväksikäyttö, lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, seksuaalipalvelujen ostaminen nuorelta, paritus (1–9 §).

Alle 18-vuotiaaseen kohdistuneina lähes kaikki rikoslain 20 luvun seksuaalirikokset ovat virallisen syytteen alaisia rikoksia, joissa poliisin on suoritettava esitutkinta kun rikoksen mahdollisuus tulee poliisin tietoon. Muun muassa seksuaalipalvelujen ostaminen alle 18 -vuotiaalta on virallisen syytteen alainen rikos. Myös alle 16-vuotiaisiin kohdistuva seksuaalinen teko tai sukupuoliyhteys on virallisen syytteen alainen rikos. Lapsen seksuaalisena hyväksikäyttönä ei kuitenkaan pidetä em. tekoa, jos osapuolten iässä tai henkisessä ja ruumiillisessa kypsyydessä ei ole suurta eroa. Näiden rikosten yritykset ovat myös rangaistavia.

Lisäksi on syytä mainita eräät rikoslain 17 lukuun sisältyvät rikokset: sukupuolisiveellisyyttä loukkaavan kuvan levittäminen, kuvaohjelman laitton esittäminen tai levittäminen alaikäiselle, sukupuolisiveellisyyttä loukkaavan lasta esittävän kuvan hallussapito, sukupuolisiveellisyyttä loukkaava markkinointi, sukupuolisiveellisyyden julkinen loukkaaminen, sukupuoliyhteys lähisukulaisen kesken (18–22 §).

Rikoslain 21 luvussa säädetään henkeen ja terveyteen kohdistuvista rikoksista. Luvussa on määritelty muun muassa seuraavat rikokset: lapsensurma, pahoinpitely, törkeä pahoinpitely, lievä pahoinpitely, vammantuottamus, törkeä vammantuottamus, tappeluun osallistuminen, vaaran aiheuttaminen, heitteillepano, pelastustoimen laiminlyönti (4–7 § ja 10–15 §).

Rikoslain 21 luvussa tarkoitetut rikokset, vammantuottamusta lukuun ottamatta, ovat kohdistuessaan alle 15-vuotiaaseen virallisen syytteen alaisia rikoksia, joista poliisin tulee tehdä esitutkinta, kun rikoksen mahdollisuus tulee poliisin tietoon. Kun uhri on täyttänyt 15 vuotta, lievä pahoinpitely muuttuu asianomistajarikokseksi. On huomattava, että pahoinpitelyrikoksen tunnusmerkit täyttyvät aina, jos uhrille aiheutuu kipua.

Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta (361/1983)

Lasta tulee kasvattaa siten, että lapsi saa osakseen ymmärtämystä, turvaa ja hellyyttä. Lasta ei saa alistaa, kurittaa ruumiillisesti eikä kohdella muulla tavoin loukkaavasti. Lapsen itsenäistymistä sekä kasvamista vastuullisuuteen ja aikuisuuteen tulee tukea ja edistää (1 §).

Perusopetuslaki (628/1998)

Jos oppilaalle ei vammaisuuden, sairauden, kehityksessä viivästymisen tai tunne-elämän häiriön tai muun niihin verrattavan syyn vuoksi voida antaa opetusta muuten, tulee oppilas ottaa erityisopetukseen (17 §).

Laki rekisteröidystä parisuhteesta (950/2001)

Laissa säädetään kahden samaa sukupuolta olevan 18 vuotta täyttäneen henkilön parisuhteen rekisteröinnistä ja sen oikeusvaikutuksista.

TERVEYDENHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN MITOITUSLASKELMA

Lastenneuvolan terveydenhoitajan vuosityöaika ja vastuulla olevien lasten määrä, jos vuosiloman ajaksi on sijainen

Excel-taulukko; varjostettuihin ruutuihin voi vaihtaa lukuja, jolloin lopputulos muuttuu.

Viikkoja vuodessa	52	viikkoa	
Tunteja viikossa	38,25	tuntia	
Työtunteja teoriassa vuodessa	1989	tuntia	
10 arkipyhää vuodessa	2	viikkoa	= 76,5 tuntia
5 sairaspäivää vuodessa	1	viikkoa	= 38,25 tuntia
Koulutus 10 pv vuodessa	2	viikkoa	= 76,5 tuntia
Edellä sanotuista jää viikkoja/v	47	viikkoa/vuosi	1797 tuntia/vuosi
Kokoukset matkoineen	4	tuntia/viikossa	
Kokoukset matkoineen vuodessa	188	tuntia/viikossa	
Ruoka- ja kahvitunnit	2,5	tuntia/viikossa	(olettaen, että th tekee jaksotyö-
Ruoka- ja kahvitunnit vuodessa	117,5	tuntia/viikossa	aikaa, jolloin ruokatunti 20 min.
Toimisto- ja puhelinaika	8	tuntia/viikossa	ja kahvitunti 10 min. sis.
Toimistotyö vuodessa	376	tuntia/vuosi	työaikaan)
Työohjaus	0,5	tuntia/viikossa	
Työnohjaus vuodessa	23,5	tuntia/vuosi	
Opiskelijoiden ohjaus	0,5	tuntia/viikossa	
Opiskelijoiden ohjaus vuodessa	23,5	tuntia/vuosi	
Kokoukset, toimisto, puh, työnhj, opisk. ohjaus yht /vuosi			728,5 tuntia/vuosi
edellä sanotusta jää työaikaa			1 069 tuntia/vuosi
Vanhempainryhmät tai ryhmäneuvola			
3 ryhmää	8	ryhmäkertaa	
kuhunkin tapamiseen aikaa	3	tuntia	
Yhteensä			72 tuntia/vuosi
Työaikaa jää vastaanottotyöhön			997,3 tuntia/vuosi
Varataan "ylimääräisiin käynteihin" =vuoden kuluessa	15 %	vastaanottotyöajasta	
	149,6	tuntia/vuosi	
Rutiinin mukaisesti määräaikais- tarkastuksiin jää aikaa			847,7 tuntia /vuosi

Rutiinin mukaisiin tarkastuksiin menee:

ESIKOISILLE	2	kotikäyntiä	à	1,50	tuntia	
	8	tarkastusta	à	1	tuntia	/ 1-vuotias ja alle
	2	tarkastusta	à	1	tuntia	/1,5-vuotias ja 2-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/3-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/4-vuotias
	1	tarkastus	à	1,5	tuntia	/5-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/6-vuotias
Yhteensä 7 vuoden kuluessa				17,5		/esikoinen

MUILLE LAPSILLE	1	kotikäyntiä	à	1,50	tuntia	/alle 1-vuotias
	8	tarkastusta	à	0,75	tuntia	/ 1-vuotias ja alle
	1	tarkastus	à	0,75	tuntia	/1,5-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/2-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/3-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/4-vuotias
	1	tarkastus	à	1,5	tuntia	/5-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/6-vuotias
Yhteensä 7 vuoden kuluessa				13,75		/toinen tai myöhempi lapsi

Esikoisia on 40 % syntyvistä lapsista.

Rutiinisti seurattava populaation koko **389 lasta / kokopäivätoiminen neuvolaterveydenhoitaja**

$$(17,5 \text{ tuntia} \times 0,4 \times X + 13,75 \text{ tuntia} \times 0,6 \times X = 823 \times \Leftrightarrow$$

$$X = 823 / (17,5 \times 0,4 + 13,75 \times 0,6) \times 7$$

Tarkistuslaskelma

Jos populaation koko on	389,	kukin vuosiluokka =	55,6	lasta
ylimääräinen	0,5 t	käynti voidaan vuoden kuluessa tarjota:		
alle 1v	100 %	:lle alle 1-vuotiaista eli	56	alle 1-vuotiaista
(eli esim. jokaiselle yksi tai joka kolmannelle kolme käyntiä, ja lisäksi:)				
ylimääräinen tarkastus 1-7 v	70 %	:lle yli 1-vuotiaista	233	1-7 vuotiaista
yhteensä			289	lasta
Näihin ylimääräisiin käynteihin tarvitaan työaikaa			144,5	tuntia /vuosi,
yllä oli varattu			149,6	tuntia/vuosi

Vaihtoehtoisesti voidaan järjestää

ylim. kotikäynti	1,5 t	50 %	:lle alle 1-vuotiaista	28	alle 1-vuotiaista
johon kuuluu työaikaa				41,7	tuntia/vuosi
jää vielä aikaa	0,5 t		käynteihin	107,9	tuntia
eli				216	ylim. käyntiä,
joka tarkoittaa ylim. käyntiä useammalle kuin joka toiselle lapselle					

Lastenneuvolan terveydenhoitajan vuosityöaika ja vastuulla olevien lasten määrä, jos vuosiloman ajaksi ei ole sijaista

Excel-taulukko; varjostettuihin ruutuihin voi vaihtaa lukuja, jolloin lopputulos muuttuu.

Viikkoja vuodessa	52	viikkoa		
Tunteja viikossa	38,25	tuntia		
Vuosilomaa jää	5	viikkoa/vuosi		
Työtunteja teoriassa vuodessa	47	viikkoa/vuosi		
10 arkipyhää vuodessa	1989	tuntia		
5 sairaspäivää vuodessa	2	viikkoa	=	76,5 tuntia
Koulutus 10 pv vuodessa	1	viikkoa	=	38,25 tuntia
Edellä sanotuista jää viikkoja/v	2	viikkoa	=	76,5 tuntia
	42	viikkoa/vuosi		1607 tuntia/vuosi
Kokoukset matkoineen	4	tuntia/viikossa		
Kokoukset matkoineen vuodessa	188	tuntia/viikossa		
Ruoka- ja kahvitunnit	2,5	tuntia/viikossa	(olettaen, että th tekee jaksotyö-	
Ruoka- ja kahvitunnit vuodessa	117,5	tuntia/viikossa	aikaa, jolloin ruokatunti 20 min.	
Toimisto- ja puhelinaika	8	tuntia/viikossa	ja kahvitunti 10 min. sis.	
Toimistotyö vuodessa	336	tuntia/vuosi	työaikaan)	
Työohjaus	0,5	tuntia/viikossa		
Työnohjaus vuodessa	21	tuntia/vuosi		
Opiskelijoiden ohjaus	0,5	tuntia/viikossa		
Opiskelijoiden ohjaus vuodessa	21	tuntia/vuosi		
Kokoukset, toimisto, puh, työnohj, opisk. ohjaus yht /vuosi				683,5 tuntia/vuosi
edellä sanotusta jää työaikaa				923 tuntia/vuosi
Vanhempainryhmät tai ryhmäneuvola				
3 ryhmää	6	ryhmäkertaa		
kuhunkin tapamiseen aikaa	3	tuntia		
Yhteensä				54 tuntia/vuosi
Työaikaa jää vastaanottotyöhön				869 tuntia/vuosi
Varataan "ylimääräisiin käynteihin" =vuoden kuluessa	15 %	vastaanottotyöajasta		
	130,4	tuntia /vuosi		
Rutiinin mukaisiin määräaikais- tarkastuksiin jää aikaa				738,7 tuntia /vuosi

Rutiinin mukaisiin tarkastuksiin menee:

ESIKOISILLE	2	kotikäyntiä	à	1,50	tuntia	
	8	tarkastusta	à	1	tuntia	/ 1-vuotias ja alle
	2	tarkastusta	à	1	tuntia	/1,5-vuotias ja 2-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/3-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/4-vuotias
	1	tarkastus	à	1,5	tuntia	/5-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/6-vuotias
Yhteensä 7 vuoden kuluessa				17,5		/esikoinen
MUILLE LAPSILLE	1	kotikäyntiä	à	1,50	tuntia	/alle 1-vuotias
	8	tarkastusta	à	0,75	tuntia	/ 1-vuotias ja alle
	1	tarkastus	à	0,75	tuntia	/1,5-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/2-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/3-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/4-vuotias
	1	tarkastus	à	1,5	tuntia	/5-vuotias
	1	tarkastus	à	1	tuntia	/6-vuotias
Yhteensä 7 vuoden kuluessa				13,75		/toinen tai myöhempi lapsi

Esikoisia on 40 % syntyvistä lapsista.

Rutiinisti seurattava populaation koko **339 lasta / kokopäivätoiminen neuvolaterveydenhoitaja**

Tarkistuslaskelma

Jos populaation koko on 339 kukin vuosiluokka = 48,4 lasta
 ylimääräinen käynti 0,5 t voidaan vuoden kuluessa tarjota
 alle 1-vuotias 100 % alle 1-vuotiaista 48 alle 1-vuotiaista
 (eli esim. jokaiselle yksi tai joka kolmannelle kolme käyntiä ja lisäksi:)
 ylimääräinen tarkastus 1–7 v. 70 % yli 1-vuotiaista 203 1–7 vuotiaista
 yhteensä 252 lasta
 Näihin ylimääräisiin käynteihin tarvitaan työaikaa 125,9 tuntia /vuosi,
 yllä oli varattu 130,4 tuntia/vuosi

Vaihtoehtoisesti voidaan järjestää

ylimääräinen kotikäynti 1,5 t 50 % alle 1-vuotiaista 24 alle 1-vuotiaista
 johon kuluu työaikaa 36,3 tuntia/vuosi
 jää vielä aikaa 0,5 t käynteihin 94,0 tuntia
 eli 188 ylim. käyntiä
 joka tarkoittaa ylim. käyntiä useammalle
 kuin joka toiselle lapselle

Neuvolalääkärin vuosityöaika ja vastuulla olevien lasten määrä jos vuosiloman ajaksi on sijainen

Excel-taulukko; varjostettuihin ruutuihin voi vaihtaa lukuja, jolloin lopputulos muuttuu.

Viikkoja vuodessa	52	viikkoa		
Tunteja viikossa	37	tuntia		
Työtunteja teoriassa vuodessa	1924	tuntia		
10 arkipyhää vuodessa	2	viikkoa	=	74 tuntia
5 sairaspäivää vuodessa	1	viikkoa	=	37 tuntia
Koulutus 10 pv vuodessa	2	viikkoa	=	74 tuntia
Edellä sanotuista jää viikkoja/v	47	viikkoa/ vuosi		1739 tuntia/vuosi

Kokoukset matkoineen	4	tuntia/viikossa		
Kokoukset matkoineen vuodessa	188	tuntia/viikossa		
Toimistotyö	5	tuntia/viikossa		
Toimistotyö vuodessa	235	tuntia/vuosi		
Suunnittelu- ja seurantatyö	1	tuntia/viikossa		
Suunnittelu- ja seurantatyö vuodessa	47	tuntia/vuosi		
Lab.tulosten tarkastus	1	tuntia/viikossa		
Lab.tulosten tarkastus vuodessa	47	tuntia/vuosi		
Puhelinaika	2	tuntia/viikossa		
Puhelinaika vuodessa	94	tuntia/vuosi		
Ruokailu	1,67	tuntia/viikossa		
Ruokailu vuodessa	78,3	tuntia/vuosi		
Kokoukset, toimisto, suunn, lab, puh, ruokailu yht /vuosi				689,3 tuntia/vuosi
edellä sanotusta jää potilasaikaa				1 050 tuntia/vuosi

Varataan "ylimääräisiin käynteihin"	25 %	potilastyöajasta		
=vuoden kuluessa	262,4	tuntia/vuosi		
Rutiinin mukaisesti määräaikaistarkastuksiin jää aikaa				787,3 tuntia /vuosi

Rutiinin mukaisesti tarkastuksiin menee:

4 kertaa	0,50	tuntia	0–7 vuotta
yhteensä	2,00	tuntia	0–7 vuotta
vuoden kuluessa	0,29	tuntia/lapsi	vuoden kuluessa

Rutiinisti seurattava populaation koko **2 755 lasta/kokopäivätoiminen neuvolalääkäri**

Tarkistuslaskelma

Jos populaation koko on	2 755	kukin vuosiluokka =	393,6	lasta
ylimääräisiin käynteihin varattava				
ylimääräinen tarkastus alle 1 v.	50 %	alle 1-vuotiaista	197	alle 1-vuotiaista
ylimääräinen tarkastus 1-7 v	15 %		354	1-7 vuotiasta
yhteensä			551	lasta
Näihin ylimääräisiin käynteihin tarvitaan työaika			276	tuntia/vuosi,
yllä oli varattu			262	tuntia/vuosi

Käytännössä tämä tarkoittaa, että ylimääräinen tarkastus voidaan järjestää esim.

25 % 4 kk ikäisistä ja

25 % :lle alle 1-vuotiaista

1-7 vuotiaille voidaan järjestää joko keskimäärin

0,9 ylimääräistä käyntiä neuvolaiän kuluessa

tai joka toiselle voidaan järjestää 1,8 ylimääräistä käyntiä neuvolaiän kuluessa

tai joka neljännelle voidaan järjestää 3,6 ylimääräistä käyntiä neuvolaiän kuluessa

Neuvolalääkärin vuosityöaika ja vastuulla olevien lasten määrä jos vuosiloman ajaksi ei ole sijaista

Excel-taulukko; varjostettuihin ruutuihin voi vaihtaa lukuja, jolloin lopputulos muuttuu.

Viikkoja vuodessa	52	viikkoa		
Tunteja viikossa	37	tuntia		
Vuosilomaa keskimäärin jää	5	viikkoa/vuosi		
	47	viikkoa/vuosi		
Työtunteja teoriassa vuodessa	1924	tuntia		
10 arkipyhää vuodessa	2	viikkoa	=	74 tuntia
5 sairaspäivää vuodessa	1	viikkoa	=	37 tuntia
Koulutus 10 pv vuodessa	2	viikkoa	=	74 tuntia
Edellä sanotuista jää viikkoja/v	42	viikkoa/ vuosi		1554 tuntia/vuosi
Kokoukset matkoineen	4	tuntia/viikossa		
Kokoukset matkoineen vuodessa	188	tuntia/viikossa		
Toimistotyö	5	tuntia/viikossa		
Toimistotyö vuodessa	210	tuntia/vuosi		
Suunnittelu- ja seurantatyö	1	tuntia/viikossa		
Suunnittelu- ja seurantatyö vuodessa	42	tuntia/vuosi		
Lab.tulosten tarkastus	1	tuntia/viikossa		
Lab.tulosten tarkastus vuodessa	42	tuntia/vuosi		
Puhelinaika	2	tuntia/viikossa		
Puhelinaika vuodessa	84	tuntia/vuosi		
Ruokailu	1,67	tuntia/viikossa		
Ruokailu vuodessa	70	tuntia/vuosi		
Kokoukset, toimisto, suunn, lab, puh, ruokailu yht. /vuosi				636 tuntia/vuosi
edellä sanotusta jää potilasaikaa				918 tuntia/vuosi
Varataan "ylimääräisiin käynteihin" =vuoden kuluessa	25 %	potilastyöajasta		
	229,5	tuntia/vuosi		
Rutiinin mukaisiin määräaikaistarkastuksiin jää aikaa				688,5 tuntia /vuosi
Rutiinin mukaisiin tarkastuksiin menee:				
4 kertaa	0,50	tuntia	0–7 vuotta	
yhteensä	2,00	tuntia	0–7 vuotta	
vuoden kuluessa	0,29	tuntia/lapsi	vuoden kuluessa	
Rutiinisti seurattava populaation koko				<u>2 410 lasta/kokopäivätoiminen neuvolalääkäri</u>

Tarkistuslaskelma

Jos populaation koko on	2 410	kukin vuosiluokka =	344,3	lasta
ylimääräisiin käynteihin varattava				
ylimääräinen tarkastus alle 1 v.	50 %	alle 1-vuotiaista	172	alle 1-vuotiaista
ylimääräinen tarkastus 1–7 v.	15 %		310	1–7 vuotiasta
yhteensä			482	lasta
Näihin ylimääräisiin käynteihin tarvitaan työaikaa			241	tuntia /vuosi,
yllä oli varattu			230	tuntia/vuosi

Lomakemalli**SUOSTUMUS SALASSA PIDETTÄVIEN TIETOJEN
LUOVUTTAMISEEN MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ**

Suostumuksen pyytäjä ja työtehtävä.....

Asiakas/potilas

Asiakkaan/potilaan henkilötunnus

Suostumuksen antaja.....

Suostumuksen antajan henkilötunnus

Tietojen luovuttaja.....

Tietojen luovutuksen vastaanottaja.....

Luovutettavat tiedot (asianmukaisesti yksilöitynä)

.....

Asiayhteys

.....

Tietojen käyttötarkoitus.....

.....

Suostumuksen voimassaoloaika.....

Annan suostumukseni yllä mainittuun tietojen luovutukseen minulle ja huollossani olevalle/oleville lapselleni/lapsilleni annettavan palvelun/tutkimuksen/hoidon järjestämiseksi. Suostumus on annettu vapaaehtoisesti. Ennen suostumukseni antamista minulle on annettu informaatiota tietojen luovuttajan ja tietojen vastaanottajan yhteistyöstä sekä tietojen käsittelystä. Voin milloin tahansa peruuttaa tämän suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta neuvolan terveydenhoitajalle tai lääkärille/suostumuksen pyytäjälle.

.....

Aika ja paikka Suostumuksen antajan allekirjoitus
(nimen selvennös)

.....

Aika ja paikka Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus
(nimen selvennös)

OHJEITA SUOSTUMUSASIAKIRJAN TÄYTTÄMISEKSI

Suostumuksen pyytäjä

X neuvolan terveydenhoitaja tai lääkäri, perheneuvolan psykologi, sosiaalityöntekijä, perhetyöntekijä, päiväkodin työntekijä tai perheneuvolan sosiaalityöntekijä tai muu perhepalveluverkostoon/neuvolatyöryhmään kuuluva henkilö, jolla on tehtäviensä johdosta oikeus pyytää suostumus. Suostumuksen pyytäjällä tulee olla asiayhteys (esimerkiksi hoitosuhde) asiakkaaseen/potilaaseen. Nimen lisäksi on syytä merkitä suostumuksen pyytäjän työtehtävä.

Asiakas/potilas

Henkilö, jonka tietojen luovuttamisesta on kyse. Asiakas/potilas tulee yksilöidä erikseen niitä tilanteita varten, joissa suostumuksen pyytäjänä on asiakkaan/potilaan laillinen edustaja. Tunnisteena asiakirjaan tulee merkitä asiakkaan/potilaan nimi ja henkilötunnus.

Suostumuksen antaja

Asiakas/potilas tai tämän laillinen edustaja. Tunnisteena asiakirjaan tulee merkitä suostumuksen antajan nimi ja henkilötunnus.

Tietojen luovuttaja

Neuvola, perheneuvola, päiväkotiki, sosiaalihuollon palveluyksikkö tai muu toimintayksikkö, jolta tietoja pyydetään ja joka on luovutettavaksi pyydettyjen tietojen rekisterinpitäjä. Samassa suostumuksessa voi olla useampia tietojen luovuttajia, jotka on nimettävä erikseen.

Tietojen luovutuksen vastaanottaja

Neuvola, perheneuvola, päiväkotiki, sosiaalihuollon palveluyksikkö tai muu toimintayksikkö, jolle asiakkaan/potilaan tietoja luovutetaan. Luovutuksen vastaanottajalla tulee olla asiayhteys (esimerkiksi hoitosuhde) asiakkaaseen/potilaaseen. Samassa suostumuksessa voi olla useampia tietojen vastaanottajia, jotka on nimettävä erikseen.

Luovutettavat tiedot

Ne tiedot, joiden luovuttamiseen asiakas/potilas antaa suostumuksen. Suostumuksen sisältämät tiedot tulee aina yksilöidä asianmukaisella tasolla, esimerkiksi lapsen tutkimustulokset, lapsen vointi, leikki ja kehitys, lapsen vointiin ja kehitykseen liittyvä perhetilanne. Ns. avointa suostumusta ei voida henkilö-

tietolain mukaan käyttää. Tiedot on syytä kytkeä mahdollisuuksiensa mukaan niiden käyttötarkoitukseen. Myös se ajanjakso, jolta tietoja pyydetään luovuttamaan, on syytä yksilöidä. Mikäli sama suostumusasiakirja koskee useampien tiedonluovuttajatahojen tietoja, tulee luovutettavat tiedot yksilöidä kunkin luovuttajatahon (eli rekisterinpitäjän) osalta erikseen.

Asiayhteys

Asiayhteydellä tarkoitetaan sitä hoito-/palvelukokonaisuutta, jonka piirissä asiakas/potilas on, esimerkiksi neuvolan asiakkuus, päivähoito, hammashoito jne. Asiayhteyden määrittelyn tasoa on syytä täsmentää silloin, kun se on mahdollista, esimerkiksi päivystyskäynti, jatkohoidon järjestäminen, kehityksen tukeminen jne.

Tietojen käyttötarkoitus

Selvitys siitä, mihin tietoja tarvitaan. Käyttötarkoituksen tulee olla riittävän yksilöity. Hyvin yleisellä tasolla olevaa kuvausta, esimerkiksi ”potilaan hoitaminen” ei tulisi käyttää, mikäli käyttötarkoitus on yksilöitävissä tarkemmin. Joissakin tilanteissa tietojen käyttötarkoitus on helposti yksilöitävissä, esimerkiksi lapsen kielellisen kehityksen tukeminen. Monesti voidaan tarvita kokonaisvaltaisempaa lähestymistä, jolloin voi olla tarkoituksenmukaista ilmaista käyttötarkoitus yleisemmin, esimerkiksi lapsen terveen kehityksen ja kasvun tukeminen, lapsen sairauden hoitaminen. Käyttötarkoitus liittyy olennaisena osana potilaan/asiakkaan informointiin siten, että asiakas/potilas ymmärtää, mihin tarkoitukseen luovutettavia tietoja käytetään. Asiakkaan/potilaan ongelmaa ei kuitenkaan tule tiedon pyytäjän aloitteesta ilmaista tiedon luovuttajalle. Sen sijaan ongelmasta voidaan kertoa potilaan luvalla ja nimenomaisesta toivomuksesta.

Suostumuksen voimassaoloaika

Suostumus voi alkaa aikaisintaan suostumuksen antamisen ajankohdasta. Suostumuksen voimassaolon päättymispäivämäärää ei yleensä ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista määritellä nimetyn päivämäärän tarkkuudella. Voimassaoloaika on tällöin syytä määritellä asiayhteyden ja käyttötarkoituksen perusteella siten, että voimassaolo rajataan esimerkiksi tiettyyn suunniteltuun toimenpiteeseen tai seuranta-/hoitojaksoon. Suostumus voidaan antaa myös toistaiseksi voimassaolevana. Suostumuksen antaja voi milloin tahansa peruuttaa suostumuksen.

ESIMERKKEJÄ LAPSIA JA LAPSIPERHEITÄ KOSKEVISTA INDIKAATTOREISTA

<i>Indikaattori</i>	<i>Lähde</i>	<i>Aluetaso</i>	<i>Havaintoväli</i>
Köyhissä perheissä asuvien osuus 0-17-vuotiaista lapsista	Tilastokeskus, tulonjakotilasto	Kunta	1 vuosi
Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuus lapsiperheistä %	Kuntatilastot Sotka: lkm. ei suhteutusta	Kunta	1 vuosi
Vuoden aikana huostaanotettujen osuus 0-17 –vuotiaista (kodin ulkopuolelle sijoitetut)	Stakes: lastensuojelurekisteri	Kunta	1 vuosi
Lastensuojelun asiakkaan olevien lasten osuus ikäryhmästä	Stakes: lastensuojelurekisteri	Kunta	1 vuosi
Perheväkivallan kohteeksi joutuneiden osuus 0-17-vuotiaista	Poliisin kotikäyntitilastot	Koko maa	1 vuosi
Lapsiperheiden työttömyysaste	Tilastokeskus	Kunta	1 vuosi
Yksinhuoltajaperheiden osuus kaikista lapsiperheistä	Tilastokeskus: väestö	Kunta	1 vuosi
Ahtaasti asuvien lapsiasuntokuntien osuus lapsiasuntokunnista	Tilastokeskus: asuinolot	Kunta	1 vuosi
Tapaturman takia sairaaloissa hoidettujen osuus 0-14-vuotiaista yleisimmissä tapaturmaluokissa	Stakes: hoitoilmoitusrekisteri	Suuralue, kunta	1 vuosi 1-5 vuotta
Erytyskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus 0-14 –vuotiaista	Kelan rekisteri erityiskorvattavista lääkkeistä	Kunta tai suuralue	1 vuosi
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria	Stakes: perusterveydenhuollon toimintatilastot	Kunta	1 vuosi
1-4-vuotiaiden kuolleisuus: tapaturmat, taudit, yhteensä	Tilastokeskus: kuolemansyyt	Koko maa, suuralue	1 vuosi 5 vuotta
Kunnallisissa sairaaloissa hoidetut psykiatrian lapsipotilaat (0-14/15 vuotiaat)	Stakes: hoitoilmoitusrekisteri	Kunta	1 vuosi
4 kk:n ikään saakka täysimetettyjen lasten osuus, % vastaavan ikäisistä	Kuntatilastot (neuvolakortin tiedot) STM kysely.	Lääni Terveyskeskus	5 vuotta
Suun terveys: D-indeksi 6-vuotiailla, % vastaavan ikäisistä	Kuntatilastot: hammashuolto	Kunta	
Perusrokotusohjelmalla ehkäistävien tautien yleisyys	KTL: tartuntatautirekisteri	Koko maa	1 vuosi
Täydellisesti rokotettujen osuus 2-vuotiaista	KTL: tulevaisuudessa rokotusrekisteri	Kunta	2 vuotta

Esimerkkejä vanhempia koskevista indikaattoreista

<i>Indikaattori</i>	<i>Lähde</i>	<i>Aluetaso</i>	<i>Havaintoväli</i>
Terveystilansa huonoksi tai keskin-kertaiseksi kokevien osuus ikäryhmässä	KTL: AVTK	Suuralue	1-2 vuotta
Päivittäin tupakoivien osuus tai Tupakoivien perheiden (äidin ja/tai isän) osuus lastenneuvola-asiakasperheistä	KTL: AVTK Lastenneuvola- kortti	Suuralue	1 vuosi
Liikuntaa harrastavien osuus (vapaa-ajan liikunta tai työmatkaliikunta)	KTL: AVTK	Suuralue	1 vuosi

KTL= Kansanterveyslaitos

AVTK= Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen

NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMISTÄ TUKEVIA KOTISIVUJA

<i>Organisaation tai osoitteen nimi</i>	<i>Kotisivujen osoite</i>	<i>Toiminnan kuvaus neuvolatyön kannalta</i>
A-klinikka	www.a-klinikka.fi	Tietoa päihdesairauksien hoidosta ja tutkimuksesta, vanhempien päihdeongelmasta lapsen näkökulmasta, mm tiedotus-, koulutus- ja tutkimusprojekti Lasinen lapsuus.
Adoptiolasten vanhemmat ry.	www.adoptio.org	Järjestö tukee adoptioprosessin eri vaiheissa olevia perheitä. Tietoa koulutus- ja keskustelutilaisuuksista sekä materiaalista, mm. informaatiopaketeista.
Cochrane-kirjasto	www.cochrane.org/index0.htm	Tietokanta tutkimuksista, joissa on arvioitu terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuutta.
Elintarvikevirasto	www.elintarvikevirasto.fi	Tietoa elintarvikkeiden turvallisuudesta sekä hyvästä ravinnosta.
Ensi- ja turvakotien liitto	www.ensijaturvakotienliitto.fi	Tietoa liiton avopalveluista ja kehittämishankkeista (mm. perheväkivalta, baby blues -palvelu ja unikoulu) sekä vanhemmille apua erilaisissa ongelmatilanteissa.
Harvinaiset sairaudet	www.harvinaiset.org , www.sos.se/smkh http://rarediseases.info.nih.gov/	Tietoa pienistä vammaisryhmistä ja harvinaisista sairauksista suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi.
Imetyksen tuki ry.	www.lapsiperhe.net/itu	Tietoja vauvaperheille, ennen kaikkea imetyksestä. Postituslista toimii tukiryhmänä imettäville äideille.
Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikkö	www.jyu.fi/pty	Lapsuutta, perhettä ja vanhemmuutta koskevaa tutkimustietoa sekä tietoa alan koulutuksesta.
Kansallinen alkoholiohjelma 2004–2007 (STM)	www.alkoholiohjelma.fi	Mm. vinkkejä alkoholinkäyttöään vähentäville. 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä -lomakkeen tilaus.
Kansaneläkelaitos	www.kela.fi	Tietoa lapsiperheiden etuuksista kuten sairaan lapsen hoitotuesta, lapsilisästä, adoptiotuesta ja vanhempainvapaasta.
Kansanterveyslaitos	www.ktl.fi	Tietoa elintavoista, suomalaisten terveydestä, ravitsemuksesta, matkailijoiden terveydestä. Tietoa rokotteista ja rokottamisesta. Tilastoja ja rekistereitä.

<i>Organisaation tai osoitteen nimi</i>	<i>Kotisivujen osoite</i>	<i>Toiminnan kuvaus neuvolatyön kannalta</i>
Kasvisperheet	www.lapsiperhe.net/kasvisperheet	Kasvisperheet-postituslistan kotisivut. Lista ravitsemuksellista, terveydellistä ja eettistä kasvisyöntiini liittyvää keskustelua varten.
Kehitysvamma-liitto	www.kehitysvammaliitto.fi	Tietoa kehitysvammaisuudesta, mm. FAS-syndroomasta.
Kidutettujen kuntoutuskeskus	www.hdl.fi/maahanmuuttajat/kidutettujen_kunt.htm	Kuntoutuskeskus arvioi, hoitaa ja kuntouttaa kidutuksen uhriksi joutuneita pakolaisia ja heidän omaisiaan.
KokoNainen -projekti	www.ihmisoikeusliitto.fi	Tietoa maahanmuuttajatyttöjen ja -naisten ympärileikkauksesta.
Kotitapaturmien ehkäisy	www.kotitapaturma.fi	Tietoa kotitapaturmien ehkäisystä.
Kätkyt- ja lapsikuolemaperheiden yhdistys ry. Käpy	www.kapy.fi	Yhdistys tukee lapsensa raskauden aikana, synnytyksessä tai heti synnytyksen jälkeen menettäneitä vanhempia.
Lapsettomien tuki ry. Simpukka-projekti.	www.lapsettomien-tuki.net	Sivuilta saa tietoa lapsettomuudesta ja lapsettomien perheiden psyykososiaalisesta tukemisesta.
Lapsiperheiden Etujärjestö ry.	www.lapsiperheet.net	Tietoa etujärjestön toiminnasta. Sivulla mm. jäsenistön välinen postituslista.
Lasten endokrinologian käsikirja	www.lastenendo.sci.fi	Sivulla mm. kasvun seulasäännöt ja menettelytapaohjeet erilaisia endokrinologisia häiriöitä epäiltäessä.
Lasten lihavuuden hoito-ohjelma	www.terveysportti.fi	HUS-Hyvinkään piirin julkaisema alueellinen hoito-ohjelma lasten lihavuudesta. Maksullinen.
Lastensuojelun Keskusliitto	www.lskl.fi	Tietoa lastensuojeluun liittyvistä hankkeista, koulutuksesta ja julkaisuista.
Liikenneturvallisuus	www.liikenneturva.fi	Liikenneturvallisuuksiin liittyvää tietoa, mm lapsesta autossa sekä lasten istuimista ja peräkärryistä.
Maahanmuuttajaesitteet	maahanmuuttajaesitteet">www.stm.fi->maahanmuuttajaesitteet	Maahanmuuttajaesitteitä useilla kielillä, mm. tyttöjen ympärileikkauksesta.
Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto.	www.terveysportti.fi	Lääkärin käsikirja maksullisessa internet-osoitteessa.
Maahanmuuttokirjasto	www.mol.fi/migration/mamuki.html	Kirjallisuutta maahanmuuttajista ja maahanmuuttoilmiöistä.

<i>Organisaation tai osoitteen nimi</i>	<i>Kotisivujen osoite</i>	<i>Toiminnan kuvaus neuvolatyön kannalta</i>
Mannerheimin Lastensuojelu-liitto	www.mll.fi	Tietoa liiton palvelupuhelimista, perhekahviloista, kotipalvelusta, lasten kasvatuksesta sekä liiton projekteista, julkaisuista ja tuotteista.
Myrkytystietokeskus	myrkytyskeskus">www.hus.fi->myrkytyskeskus	Ensiapuohjeita, aineluettelo, myrkylliset sienet ja kasvit, teratologinen tietopalvelu, julkaisuja ym.
Naisten linja	www.naistenlinja.com	Palveleva puhelin, joka auttaa ja tukee väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneita naisia ja tyttöjä.
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus	www.uku.fi/neuvola-keskus	Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan valtakunnallinen verkosto, joka kehittää ja tukee neuvolatyötä. Se järjestää mm. neuvolapäivät ja kokoaa tietoa neuvolatyön tueksi.
Pelastakaa lapset ry.	www.pela.fi	Tietoa sijais- ja tukiperheoiminnasta sekä adoptiosta.
Poliisi	www.poliisi.fi	Perustietopaketti poliisin toiminnasta. Lapsiasiaa mm. poliisin toiminta perheväkivaltilanteessa.
Ravitsemusterapeuttien yhdistys	www.ravitsemusterapeuttiyhdistys.fi/	Ajankohtaista ravitsemustietoa.
Seksuaaliterveyden osaamiskeskus	www.jypoly.fi/sote/seksuaaliterveydenosaamiskeskus.htm	Seksologiaa ja perhesuunnittelua koskevaa tietoa.
Seksuaaliterveysklinikka	www.seksuaaliterveys.org	Sisältää mm. yhteyshenkilöt Väestöliiton perheverkon neuvontapuhelimeen ja sähköpostineuvontaan.
Sosiaali- ja terveysministeriö	www.stm.fi	Valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon ajankohtaista tietoutta, mm. julkaisuista.
Stakes	www.stakes.fi	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
Stakes: Lapsuus ja perhe -ryhmä	www.stakes.fi/hyvinvointi/lape/index.html	Tietoa lapsuuteen ja perheeseen liittyvistä hankkeista. Esim. Vauvat ja lastensuojelu- sekä Vanhemmuuden aika -hankkeet.
Stakes: Neuvoa antavat -portaali	www.stakes.fi/neuvoa-antavat	Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän ylläpitämä palvelu. Tietoa mm. mini-interventiosta.
Stakes: Tejo-hanke	www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamisanke	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen kunnissa (TEJO). Hyvinvointi-indikaattorit.

<i>Organisaation tai osoitteen nimi</i>	<i>Kotisivujen osoite</i>	<i>Toiminnan kuvaus neuvolatyön kannalta</i>
Stakes: Toimiva perhe -hanke	www.stakes.fi/lapsetjanooret/toimivaperhe/yhteystiedot.htm	Tietoa hankkeesta, jolla pyritään tukemaan mielenterveysongelmista kärsiviä perheitä.
Stakes: Varhaiskasvatusta koskeva vuorovaikutusportaali	www.stakes.fi/varttua	Monipuolista tietoa varhaiskasvatuksesta. Varhaiskasvatuksen eri toimijoita yhdistävä keskustelufoorumi.
Stakes: Verkostotutkimus ja kehittämismenetelmät	www.stakes.fi/hyvinvointi/verk .	Tietoa Stakesin yhteistyötahojen kanssa toteuttamasta Varhainen puuttuminen -hankkeesta (Varpu).
Stakes: Terveysthuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA.	www.stakes.fi/finohta/	Sivuilla on mm. internet-versio kaikista FinOHTAn tutkimuksista. Impakti-lehti.
Stakes: Yksityisyyden suoja	www.stakes.fi/oske/tietosuoja/suoja.htm	Yksityisyyden suoja, salassapitovelvollisuus ja tietoturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla.
Suomen evankelisluterilainen kirkko	www.evl.fi	Tietoa kirkon lapsi- ja perhetyöstä, parisuhdekursseista ja muista perhetukimuodoista.
Suomen Kuntaliitto	www.kuntaliitto.fi	Tietoa kuntien lapsille ja nuorille suuntaamista palveluista sekä heitä koskevista kehittämishankkeista ja lainsäädännöstä.
Suomen Kasvatus- ja Perheneuvontaliitto	www.kolumbus.fi/suomenkasper/	Liiton tehtävänä on kehittää kasvatus- ja perheneuvontatyötä mm. tutkimalla yhteiskunnallisia ilmiöitä.
Suomen lakikoelma	www.finlex.fi	Tiedot kaikista Suomessa säädetyistä laeista ja asetuksista sekä niihin tehdyistä muutoksista.
Terveystiedon edistämisen keskus	www.health.fi	Tietoa järjestön toiminnasta, julkaisuista (mm. Lasten terveysfoorumi, Promo-lehti) ja mm. Terveysaineistotietokanta.
Terveys 2015 -kansanterveysohjelma	www.terveys2015.fi	Ajankohtaistietoa valtioneuvoston keväällä 2001 hyväksymän kansanterveysohjelman etenemisestä.
Terveysportti	www.terveysportti.fi	Monipuolinen maksullinen terveysportaali, jonka kautta yhteys mm. lääkärin ja sairaanhoitajan tietokantoihin ja lääketieteellisten julkaisujen verkkosivuille.

<i>Organisaation tai osoitteen nimi</i>	<i>Kotisivujen osoite</i>	<i>Toiminnan kuvaus neuvolatyön kannalta</i>
Tietosuojavaltuutetun toimisto	www.tietosuoja.fi/	Mm. tietosuojaviranomaisten toiminnasta ja tietosuojalainsäädännöstä.
Tilastokeskus	www.stat.fi	Mm. perhettä, elinoloja ja julkista taloutta koskevaa tilastotietoa. Linkit Stakesin terveys- ja sosiaali-tilastoihin.
Työministeriö	www.mol.fi	Mm. tietoa ja esitteitä perhevapaa-muodoista ja -oikeuksista, maahanmuuttoasioista, mm. ammattilehti Monitori.
Vammaisalan verkkopalvelu	www.verneri.net	Laaja kehitysvamma-alan tietopaketti, mm. raskaudenaikaisista tutkimuksista.
VirtuaaliAMK	www.virtuaali-amk.fi	Tarjoaa mahdollisuuden opiskeluun verkon välityksellä sekä tietoa muusta koulutustarjonnasta.
Väestöliitto	www.vaestoliitto.fi	Yhteiskunnallisen vaikuttajajärjestön kannanottoja väestö- ja perhepolitiikasta. Mm. Perhepoliittinen ohjelma.
Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan nettipalvelu	www.seksuaaliterveys.org	Seksuaaliterveyteen liittyviä asiantuntijapalveluja netin kautta.
Äidit irti synnytysmasennuksesta -yhdistys	www.aima.fi	Vertaistukea ja tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville äideille ja heidän perheilleen.

TERVEYDENHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN PERUSKOULUTUKSEN ANTAMAT VALMIUDET NEUVOLATYÖHÖN

Työssä olevilla terveydenhoitajilla ja lääkäreillä on erilaiset valmiudet neuvolatyöhön riippuen valmistumisajankohdasta, työkokemuksesta ja sen jälkeen hankitusta lisäkoulutuksesta. 2000-luvun alussa työelämässä on 1960-luvulla ja tätä myöhemmin valmistuneita terveydenhoitajia ja lääkäreitä.

Terveydenhoitajien koulutusta on muutettu useaan otteeseen. Vuoteen 1986 terveydenhoitajat valmistuivat 2.5-vuotisen koulutuksen jälkeen sairaanhoitajiksi ja erikoistuivat sitten terveydenhoitajiksi. Keskiasteen koulunuudistuksen myötä opiskelijat valikoituivat suoraan terveydenhoitajakoulutukseen. 1990-luvulla terveydenhoitajien koulutus siirrettiin ammattikorkeakouluihin, ja vuonna 2001 sen kesto pidennettiin kolmesta ja puolesta vuodesta neljään vuoteen (160 ov). Terveydenhoitajat laillistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiksi sairaanhoitajina ja terveydenhoitajina. Opetuksen yhtenäistämiseksi laadittiin vuonna 2001 eri tahojen yhteistyönä terveydenhoitajan osaamiskuvaukset, keskeisten opintojen sisällöt (14 sisältöaluetta) ja niiden vähimmäislaajuudet. Osaamiskuvauksia käytetään opetus suunnitelmien kehittämisen lisäksi muun muassa opiskelijoiden ohjatun harjoittelun ohjaajien perehdyttämisessä, opiskelijan työharjoittelukirjan päivittämisessä ja työelämässä kehityskeskustelujen jäsentäjänä. Uusi koulutus antaa monipuoliset valmiudet toimia lastenneuvolatyössä, muun muassa lapsen ja perheen terveyden- ja sairaanhoitoon ja koko perheen tukemiseen, monikulttuuriseen toimintaan, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä oman työn arviointiin ja kehittämiseen. Myös elämänskaaren muut vaiheet sisältyvät koulutukseen.

Aikaisemman opistoasteen koulutuksen saaneilla terveydenhoitajilla on mahdollisuus päivittää tutkinto ammattikorkeakoulututkinnoksi tai täydentää osaamistaan avoimessa ammattikorkeakoulussa tai suorittamalla muita lyhytkursseja. Tarve tällaisen koulutuksen järjestämiseen on lisääntynyt.

Perustutkinnon jälkeen terveydenhoitajien on mahdollista suorittaa erilaisia erikoistumisopintoja, muun muassa perhehoitotyön, lasten ja nuorten hoitotyön, lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukemisen sekä terveyden edistämisen erikoistumisopintoja ja tulevaisuudessa myös jatkotutkinto ammattikorkeakoulussa. Terveysalalla on elokuussa 2002 käynnistetty jatkotutkintokokeilu. Siihen kuuluu mm. terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkotutkinto, jonka eräänä suuntautumisvaihtoehtona tulee olemaan lapsiperheiden terveyden edistäminen (60 ov).

Lääkäreiden viidessä yliopistossa annettavaan peruskoulutukseen sisältyy lastenneuvolatyöhön liittyvää opetusta sekä yleislääketieteen että lastentautien jaksoilla. Luento-opetuksen lisäksi on yleensä ryhmätyö- ja seminaarimuotoista opetusta. Lisäksi kaikissa yliopistoissa on keskimäärin kahden opintoviikon perusterveydenhuollon opintojakso, jolla opiskelijat tutustuvat terveyskeskuksen toimintaan ja harjoittelevat lääkärin työtä paikallisen terveyskeskuslääkärin ohjauksessa. Näihin jaksoihin sisältyy yleensä 0.5-1 työpäivää lastenneurolassa. Edellä kuvattu opetus antaa lääkäriksi valmistuville yleiskäsityksen neuvolan toiminnasta, mutta varsinainen kouluttautuminen neuvolatyöhön tapahtuu vasta käytännön neuvolatyössä. Perehdyttäjinä ovat usein terveydenhoitajat. Yliopistoissa tulisi kiinnittää huomiota saumattomaan yhteistyöhön yleislääketieteen, lastentautien, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian opetuksessa, jotta neuvolatyön opetuksesta muodostuisi riittävästi näiden alojen teorian ja käytännön opetusta sisältävä kokonaisuus. Myös yliopistojen välistä yhteistyötä neuvolatyön opetuksessa olisi hyvä kehittää. Tavoitteeksi asetetaan, että lääketieteen lisensiaatintutkintoon johtava koulutus turvaisi perusvalmiudet toimia neuvolalääkärinä.

Yleislääketieteeseen ja lastentauteihin erikoistuvalla lääkäriellä on halutessaan hyvät mahdollisuudet hankkia monipuolinen koulutus lastenneuvolatyöhön valitsemalla sairaala- ja terveyskeskuspalveluihin runsaasti lasten ja nuorten terveydenhuollon koulutusta. Erikoislääkärin tutkinnon jälkeen lääkäri voi suorittaa myös Suomen Lääkäriliiton myöntämän lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon erityispätevyuden. Se edellyttää vähintään 2.5 vuoden lisäkoulutusta, johon sisältyy käytännön palvelun lisäksi teoreettista koulutusta ja kirjallinen kuulustelu. Erityispätevyuden suoritettuaan lääkäri hallitsee muun muassa perhekeskeisen työn ja moniammatillisen yhteistyön menetelmät ja pystyy toimimaan oman alansa kehittäjänä ja asiantuntijana.

LOMAKE LASTA ODOTTAVAN PERHEEN VOIMAVAROJEN JA PERHETTÄ KUORMITTAVIEN TEKIÖIDEN TUNNISTAMISEEN

Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus –projekti
Itä-Suomen lääni 2002

ENSIMMÄISTÄ LASTAAN ODOTTAVAN PERHEEN ARJEN VOIMAVARAT

Hyvä äiti ja isä

Ensimmäisen lapsen odotus ja syntyminen aiheuttavat vanhempien elämään suuria fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, jotka voivat koetella vanhempien voimavaroja. Muutokseen sopeutumista auttaa, jos niihin valmistautuu ennakolta jo odotusaikana. Hyödyllisiksi todettuja keinoja ovat asioiden pohtiminen ja vanhempien yhteiset keskustelut.

Tähän lomakkeeseen on koottu lasta odottaville perheille keskeisiä asioita, joita vanhempien on hyvä käsitellä yksin ja yhdessä. Lomakkeen avulla voit tarkastella tekijöitä, jotka sinun tai perheesi elämässä tällä hetkellä **antavat voimia** (lomakkeen vaihtoehdot täysin tai osittain samaa mieltä) tai **kuormittavat arkea** (täysin tai osittain eri mieltä). Tunnistuessasi näitä tekijöitä sinun on helpompi miettiä mahdollisesti tarvittavia muutoksia suhtautumis- ja toimintatavoissasi. Yhtä tärkeää on olla tietoinen omista ja koko perheen vahvuuksista. Halutessasi voit keskustella perheesi voimavaroista myös neuvolassa. Mikäli olet yksinhuoltaja, täytä lomake soveltuvin osin.

Rengasta joka kohdassa neljästä vaihtoehdosta yksi, joka vastaa parhaiten elämäntilannettasi.

Lomakkeen täytti:

Äiti ___ Isä ___ Äiti ja isä yhdessä ___ (Äidille merkintä X ja isälle O)

VOIMAVARAMITTARI ENSIMMÄISTÄ LASTAAN ODOTTAVILLE VANHEMMILLE

	Täysin samaa	Osittain samaa	Osittain eri mieltä mieltä	Täysin eri mieltä mieltä
TERVEYS JA ELÄMÄNTAVAT				
1. Tunnen itseni terveeksi	1	2	3	4
2. Mielialani on useimmiten valoisa ja hyvä	1	2	3	4
3. Suhtaudun luottavaisesti tulevaan synnytykseen	1	2	3	4
4. Olen tietoinen päihteiden (alkoholi, huumeet) käytön haitoista sikiön kehitykselle	1	2	3	4
5. Olen tietoinen päihteiden käytön haitoista omalle terveydelleni	1	2	3	4
6. Tiedän tupakoinnin haitoista sikiön kehitykselle	1	2	3	4
7. Kenenkään perheenjäsenen päihteiden käyttö ei aiheuta minulle huolta	1	2	3	4
8. Olen useimmiten toimielias ja vireä	1	2	3	4
9. Nukun mielestäni riittävästi	1	2	3	4
10. Pysin noudattamaan säännöllistä ateriaritmiä	1	2	3	4
OMAT LAPSUUDEN KOKEMUKSET				
11. Minusta pidettiin lapsena hyvää huolta	1	2	3	4
12. Lapsuudenkotini oli turvallinen	1	2	3	4
13. Minut hyväksyttiin omana itsenäni	1	2	3	4
14. Omat lapsuuden kokemukseni eivät paina mieltäni	1	2	3	4
PARISUHDE				
15. Pystymme puhumaan tunteistamme	1	2	3	4
16. Pystymme puhumaan ristiriitoja herättävistä asioista	1	2	3	4
17. Fyysinen väkivalta ei kuulu suhteeseemme	1	2	3	4
18. Henkinen väkivalta ei kuulu suhteeseemme	1	2	3	4
19. Pyrimme kotitöissä joustavaan, molempia tyydyttävään työnjakoon	1	2	3	4
20. Osoitamme toisillemme hellyyttä	1	2	3	4
21. Tiedän, että seksuaalielämäämme voi lapsen syntymän myötä tulla muutoksia	1	2	3	4
22. Pystymme puhumaan seksuaalielämästämme	1	2	3	4
23. Pyrimme järjestämään aikaa yhdessäololle (ja yhteisille harrastuksille)	1	2	3	4
24. Sallimme toisillemme myös yksityisyyttä ja omaa aikaa	1	2	3	4
25. Tiedän, että parisuhteen toimivuus on tärkeää koko perheen hyvinvoinnille	1	2	3	4
26. Olen valmis näkemään vaivaa parisuhteemme kehittämiseksi	1	2	3	4
VANHEMMAKSI KASVU JA VANHEMMUUS				
27. Lapsen odotus ja syntymä tuntuvat kohdallani luonnollisilta elämämuutoksilta	1	2	3	4
28. Luotan siihen, että opin hoitamaan lastani	1	2	3	4
29. Tiedän, että tunnesuhde lapseen kehittyy vähitellen lapsen odotuksen, syntymän ja hoitamisen myötä	1	2	3	4

	Täysin samaa	Osittain samaa	Osittain eri mieltä mieltä	Täysin eri mieltä mieltä
VANHEMMAKSI KASVU JA VANHEMMUUS jatkuu				
30. Tiedän, että myös ristiriitaiset tunteet kuuluvat odotusaikaan	1	2	3	4
31. Tiedän, että vanhemmilta saamani malli äitinä tai isänä toimimisesta vaikuttaa omaan tapaan toimia vanhempana	1	2	3	4
32. Tiedän, että voin oppia toimimaan vanhempana toisin kuin omat vanhempani toimivat	1	2	3	4
33. Pyrimme puolisoni kanssa löytämään yhteisen näkemyksen lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyvistä asioista	1	2	3	4
34. Tiedän, mistä tarvitessani saan lisätietoa lapsenhoitoon ja vanhemmuuteen liittyvistä asioista	1	2	3	4
35. Meillä on riittävät taidot kotitöiden tekemiseen (kuten ruuanlaitto, pyykinpesu, siivoaminen)	1	2	3	4
36. Tiedän, että lapsen syntymä muuttaa ajankäyttöäni ja voi rajoittaa harrastuksia	1	2	3	4
37. Uskon sopeutuvani hyvin lapsen syntymän aiheuttamaan elämän muutokseen	1	2	3	4
SOSIAALINEN TUKI				
38. Minulla on ainakin yksi henkilö, jolta tarvitessasi saan tukea ja apua	1	2	3	4
39. Tiedän saavani tarvitessani apua ja tukea omilta tai puolisoni vanhemmilta	1	2	3	4
40. Tunnen jonkun odottavan perheen tai lapsiperheen, jonka kanssa voin vaihtaa kokemuksia	1	2	3	4
41. Tiedän, missä asioissa voin kääntyä neuvolan puoleen	1	2	3	4
42. Minulla on riittävästi tietoa lapsiperheille tarkoitetuista palveluista paikkakunnallamme	1	2	3	4
TALOUDELLINEN TILANNE, TYÖ JA ASUMINEN				
43. Taloudellinen tilanteemme ei huolestuta minua	1	2	3	4
44. Olen tyytyväinen nykyiseen asuinympäristöömme	1	2	3	4
45. Asuntonne on lapsiperheelle sopiva	1	2	3	4
46. Työttömyys tai sen uhka ei kuormita perhettämme	1	2	3	4
47. Oma tai puolisoni työ /opiskelu ei rasita liikaa perhe-elämäämme	1	2	3	4
48. Pyrin tarvittaessa löytämään uusia tapoja työn (tai opiskelun) ja perhe-elämän yhteensovittamiseksi lapsen synnyttyä	1	2	3	4

MUUT MINULLE /PERHEELLEMME VOIMIA ANTAVAT TEKIJÄT:

MUUT ELÄMÄNTILANNETTAMME KUORMITTAVAT TEKIJÄT:

Lomakkeen käyttöoikeus pyydettyä Tuovi Hakulinen-Viitaselta. Osoite: Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. PL 1627, 70211 Kuopio. Sähköposti: tuovi.hakulinen@uku.fi

VAUVAPERHEEN ARJEN VOIMAVARAT.

LOMAKE VAUVAPERHEEN VOIMAVAROJEN JA PERHETTÄ KUORMITTAVIEN TEKIJÖIDEN TUNNISTAMISEEN

Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus –projekti
Itä-Suomen lääni, lokakuu 2002

VAUVAPERHEEN ARJEN VOIMAVARAT

Hyvä äiti ja isä

Vauvaperheen elämään sisältyy monenlaisia ilonaiheita, mutta välillä arki voi olla melko rankkaa. Vanhemmat voivat hyötyä siitä, että he joskus kii-reenkin lomassa pysähtyvät pohtimaan omaa elämäänsä ja keskustelemaan siitä yhdessä. Tästä hyötyvät yleensä myös lapset ja näin koko perhe.

Tähän lomakkeeseen on koottu vauvaperheille keskeisiä asioita, jotka voivat olla perheelle voiman lähteitä tai arkea kuormittavia. Lomakkeen avulla voit tarkastella tekijöitä, jotka sinun tai perheesi elämässä tällä hetkellä *antavat voimia* (lomakkeen vaihtoehdot täysin tai osittain samaa mieltä) tai *kuormittavat arkea* (täysin tai osittain eri mieltä). Tunnista-essasi näitä tekijöitä sinun on helpompi miettiä mahdollisesti tarvittavia muutoksia suhtautumis- ja toimintatavoissasi. Halutessasi voit keskustella perheesi voimavaroista myös neuvolassa. Mikäli olet yksinhuoltaja, täytä lomake soveltuvin osin.

Rengasta joka kohdassa neljästä vaihtoehdosta yksi, joka vastaa parhaiten elämäntilannettasi.

Lomakkeen täytti:

Äiti ___Isä___ Äiti ja isä yhdessä___ (Äidille merkintä X ja isälle O)

Lapsen ikä:_____kuukautta

VOIMAVARAMITTARI VAUVAPERHEEN VANHEMILLE

	Täysin samaa	Osittain samaa	Osittain eri mieltä mieltä	Täysin eri mieltä mieltä
VAUVAN SYNTYMÄN JÄLKEINEN UUSI ELÄMÄNTILANNE				
1. Olen kyennyt riittävästi työstämään raskauteen ja synnytykseen liittyviä asioita	1	2	3	4
2. Olen saanut riittävästi tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta	1	2	3	4
3. Olen osannut varautua vauvan tuomiin elämänmuutoksiin	1	2	3	4
4. Otamme vauvan tarpeet huomioon perheemme ajankäytössä	1	2	3	4
5. Työn ja perhe-elämän yhdistäminen sujuu vaivattomasti	1	2	3	4
6. Kotimme sopii lapsiperheelle	1	2	3	4
7. Asuinympäristömme on lapsiystävällinen ja turvallinen	1	2	3	4
VANHEMMUUS JA VAUVAN HOITO				
8. Minulla on riittävästi aikaa olla vauvan kanssa	1	2	3	4
9. Minun on yleensä helppoa ymmärtää vauvan tarpeita	1	2	3	4
10. Uskallan käsitellä vauvaa kohtaan tuntemiani kielteisiä tunteita	1	2	3	4
11. Vauvan luonne/temperamentti vastaa odotuksiani	1	2	3	4
12. Tietoni vanhemmuudesta ovat riittävät	1	2	3	4
13. Minulla on monia mukavia hetkiä vauvan kanssa	1	2	3	4
14. Osaan hoitaa vauvaani	1	2	3	4
15. Imetys sujuu odotetusti	1	2	3	4
16. Pystyn käsittelemään epävarmuuden tunteitani	1	2	3	4
17. Vanhemmuus on odotusteni mukaista	1	2	3	4
18. Tunnen olevani riittävän hyvä vanhempi	1	2	3	4
19. Tunnistan itsessäni asioita, joissa voisin kehittyä vanhempänä	1	2	3	4
20. Voin tarvittaessa keskustella omien vanhempieni kanssa vanhemmuudesta	1	2	3	4
PARISUHDE				
21. Välillämme on hyvä keskusteluyhteys	1	2	3	4
22. Meillä on riittävästi yhteistä aikaa	1	2	3	4
23. Suhteemme on läheinen	1	2	3	4
24. Pystymme keskustelemaan seksuaalielämästämme	1	2	3	4
25. Osaamme riidellä ja sopia	1	2	3	4
26. Osoitamme toisillemme hellyyttä	1	2	3	4
27. Olen tyytyväinen parisuhteeseeni	1	2	3	4
28. Kotityöt jaetaan perheessämme oikeudenmukaisesti	1	2	3	4
29. Vuorottelemme aika ajoin vauvan hoidossa	1	2	3	4
30. Pyrimme tekemään mukavia asioita yhdessä	1	2	3	4
PERHEEN TUKIVERKOSTO				
31. Saamme tarvittaessa apua isovanhemmilta	1	2	3	4
32. Meillä on apua antavia naapureita tai tuttavuuksia	1	2	3	4
33. Tarvitessani saan tukea läheiseltä henkilöltä	1	2	3	4
34. Saamme tukea muilta lapsiperheiltä	1	2	3	4

	Täysin samaa	Osittain samaa	Osittain eri mieltä mieltä	Täysin eri mieltä mieltä
PERHEEN TUKIVERKOSTO jatkuu				
35. Meidän on mahdollista saada lastenhoitoapua	1	2	3	4
36. Paikkakunnallamme on riittävästi lapsiperheille tarkoitettuja palveluja	1	2	3	4
PERHEEN TERVEYS JA ELÄMÄNTAVAT				
37. Vanhempien terveys on hyvä	1	2	3	4
38. Huolehdimme terveydestämme	1	2	3	4
39. Kenelläkään ei ole huolta aiheuttavaa sairautta tai vammaa	1	2	3	4
40. Perheenjäsenet ovat enimmäkseen hyvällä tuulella	1	2	3	4
41. Perheemme elämäntavat virkistävät meitä	1	2	3	4
42. Kenenkään perheenjäsenen päihteiden käyttö ei aiheuta huolta	1	2	3	4
43. Tunnen itseni useimmiten virkeäksi	1	2	3	4
44. Minulla on mieluinen harrastus	1	2	3	4
45. Meillä on riittävästi perheen yhteistä aikaa	1	2	3	4
46. Nukun riittävästi	1	2	3	4
47. Perheellämme on huumorintajua	1	2	3	4
PERHEEN TULEVAISUUDENNÄKYMÄT				
48. Perheemme taloudellinen tilanne on turvattu	1	2	3	4
49. Perheessämme ei ole pelkoa työttömyydestä	1	2	3	4
50. Perheemme tulevaisuudennäkymät ovat valoisat	1	2	3	4
51. Hengelliset tai henkiset asiat antavat meille voimaa	1	2	3	4
52. Meillä on riittävät voimavarat selvitä tässä elämäntilanteessa	1	2	3	4

Mitkä muut tekijät antavat perheelle voimia?

Mitkä muut tekijät kuormittavat perhettä?

Lomakkeen käyttöoikeus pyydettyä Tuovi Hakulinen-Viitaselta. Osoite: Neuvolatyö kehittämis- ja tutkimuskeskus. PL 1627, 70211 Kuopio. Sähköposti: tuovi.hakulinen@uku.fi

Copyright: Tuovi Hakulinen & Marjaana Pelkonen 2002

RASKAUDENAIKAINEN VUOROVAIKUTUSTA TUKEVA HAASTATELULOMAKE

Muokattu alkuperäisestä Varhaisen vuorovaikutuksen tutkimushankkeeseen tehdystä lomakkeesta.

I NAISEN NYKYRASKAUTEEN LIITTYVÄT TUNTEET

1. MILLAINEN RASKAUTESI ON OLLUT TÄHÄN ASTI?
2. MILTÄ SINUSTA TUNTUI, KUN SAIT KUULLA OLEVASI RASKAANA?
Mikäli myönteisiä tunteita, vahvista niitä.
Mikäli kielteisiä tunteita, rohkaise äitiä jakamaan tunteitaan kanssasi.

Jos kielteisiä tunteita, tarkenna:

Pelkoja, Välinpitämättömyys, Ei hyväksy raskauttaan

Jos pelkoja, mihin liittyen:

Kyllä Ei

Synnytys

Lapsen terveys

Lapsen kehitys

Oman elämän muutos

Perheen elämän muutos

Muu pelko (merkitse)

3. KUN SAIT TIETÄÄ OLEVASI RASKAANA, KENELLE KERROIT SIITÄ
ENSIMMÄISEKSI? KUINKA HÄN SIIHEN SUHTAUTUI?

Myönteinen reaktio Kielteinen reaktio

Puoliso
Äiti
Isä
Sisar
Lapset
Joku muu
4. ENTÄ VAUVAN ISÄ (jos ei ole se, jolle äiti ensin kertoi)?
KUINKA HÄN SUHTAUTUI ASIAAN?
Myönteinen reaktio
Kielteinen reaktio
5. MITEN MUUT PERHEESI JÄSENET SUHTAUTUIVAT RASKAUTEESI
KUN SAIVAT KUULLA SIITÄ?

Myönteinen reaktio Kielteinen reaktio

Puoliso

Lapset

Äiti

Isä

Sisar

Muu

II PERHEEN TUKEA

6. MINKÄLAISTA TUKEA TOIVOISIT SAAVASI SYNNYTYKSEN JÄLKEEN?
MILLAISTA TUKEA LUULET SAAVASI?
Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

III ENNAKOIDUT MUUTOKSET PERHE-ELÄMÄSSÄ

7. MITEN LUULET SYNTYVÄN LAPSEN VAIKUTTAVAN PERHEESSÄSI:

Myönteinen reaktio Kielteinen reaktio

- Perheenne elämään?
Muihin perheenjäseniin?
Perheenjäsenten
välisiin suhteisiin?
Sinun suhteeseesi
I Lapsen isään?

8. MITEN AJATTELET SELVIYTYVÄSI MUUTOSTEN KANSSA?
(Jos äiti ei ole jo kertonut)

Huolestunut selviytymisestään
Ei ole huolissaan

9. TOISET ÄIDIT MASENTUVAT SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.
OLETKO HUOLISSASI SIITÄ, MILTÄ SINUSTA MAHTAA TUNTUA?

Huolestunut
Ei ole huolissaan

IV RASKAANA OLEVAN NAISEN MINÄKUVA

10. MITÄ MUUTOKSIA OLET HAVAINNUT ITSESSÄSI RASKAAKSI TULTUASI?

Raskaus muuttanut:
Ruumiinkuvaa
Syömistottumuksia
Seksuaalisia tuntemuksia
Nukkumistottumuksia
Tehokkuutta
Mielialaa tai temperamenttia

11. MILTÄ SINUSTA MUUTEN TUNTUU? MITÄ NYT AJATTELET ITSESTÄSI?

Tunne hyvinvoinnista
Voi huonosti tai tunteet epämääräisiä

V RASKAANA OLEVAN NAISEN ODOTUKSET JA NÄKEMYS SYNTYMÄTTÖMÄSTÄ LAPSESTAAN

12. MILLAINEN VAUVASI ON TÄLLÄ HETKELLÄ?

Myönteinen käsitys
Kielteinen käsitys

13. MINKÄLAINEN LAPSESI TULEE OLEMAAN?
Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset
14. ENTÄ VAUVAN ISÄ, MITÄ HÄN TOIVOO? MINKÄLAINEN HÄN HALUAISI LAPSEN OLEVAN?
Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset
15. ONKO VAUVAAN LIITTYEN JOTAIN (MUUTA) MIKÄ HUOLESTUTTA SINUA?
Kyllä (nimeä)
Ei
16. MITÄ ODOTUKSIA MUILLA PERHEESI JÄSENILLÄ ON?
Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

VI. SYNNYTYKSEEN LIITTYVÄT ODOTUKSET

17. MILTÄ TULEVA SYNNYTYS SINUSTA TUNTUU?
Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet
18. MITÄ MIELTÄ MUUT PERHEESI JÄSENET OVAT SYNNYTYKSESTÄ (ESIM. PUOLISO, LAPSET, ÄIDINÄITI, YM) ?
- | | Myönteiset tunteet | Kielteiset tunteet |
|---------|--------------------|--------------------|
| Puoliso | | |
| Lapset | | |
| Muu | | |
19. MILLAISTA TUKEA TOIVOISIT SYNNYTYKSEEN?
MILLAISTA TUKEA SINÄ VOIT SAADA?
Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

VII VAUVAN SYÖTTÄMISEEN LIITTYVÄT ODOTUKSET

20. KUINKA OLET AJATELLUT SYÖTTÄÄ VAUVAASI? MILTÄ IMETTÄMINEN SINUSTA TUNTUISI?
- | | Myönteiset tunteet | Kielteiset tunteet |
|---------------|--------------------|--------------------|
| Rintaruokinta | | |
| Pulloruokinta | | |
- MITÄ PUOLISOSI AJATTELEE RINTARUOKINNASTA? (Jos ei ole jo mainittu)
Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

VIIIPERHEEN TALOUS JA YMPÄRISTÖ

22. LAPSEN SAAMISELLA VOI OLLA VAIKUTUSTA MYÖS PERHEEN TALOUTEEN. OLETKO HUOLISSASI SIITÄ, MITEN TULETTE SELVIÄMÄÄN TALOUDELLISESTI?
Kyllä (nimeä miksi)
Ei huolia
23. ENTÄ ASUMISEEN LIITTYEN? ONKO TEILLÄ ASUNTOHUOLIA?
Kyllä (nimeä miksi)
Ei huolia

IX ELÄMÄNTAPAHTUMAT

24. ONKO ELÄMÄSSÄNNE TAPAHTUNUT SELLAISIA ASIOITA, JOTKA VOISIVAT VAIKUTTA A SINUUN TAI VAUVAAN?
Kyllä (nimeä mitä)

X LOPETUS

25. ONKO VIELÄ JOTAIN, MITÄ HALUAISIT MAINITA?
Kyllä (nimeä mitä)
Ei huolia

LAPSEN SYNTYMÄÄ SEURAAVAA VUOROVAIKUTUSTA TUKEVA LOMAKE

Muokattu alkuperäisestä Varhaisen vuorovaikutuksen tutkimushankkeeseen tehdystä lomakkeesta.

HUOM: VARMISTA ETTÄ VAUVA ON PAIKALLA HAASTATTELUN AIKANA, JOTTA VOIT HAVAINNOIDA JA TUKEA VAUVAN JA ÄIDIN VUOROVAIKUTUSTA.

I. SYNNYTYS

1. MILLAINEN SYNNYTYS OLI?

Tai

PUHUIMME VIIMEKSI HIUKAN SYNNYTYKSESTÄ
– MILTÄ SYNNYTYSKOKEMUKSESI SINUSTA NYT TUNTUU?

Myönteisiä tunteita
Kielteisiä tunteita

II PSYKKINEN TERVEYS

2. MILTÄ SINUSTA NYT TUNTUU KUN VAUVA ON TÄÄLLÄ KOTONA?

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

Jos kielteisiä tunteita, määrittele:
Pelkoja/ahdistuneisuutta ()
Kyvyttömyyden tunne/omien kykyjen epäily ()
Tyhjiys/turtuneisuus ()
Vihaisuus/ärtyisyys ()
Laiminlyödyksi Hylätyksi tulemisen tunne ()

Kielteiset tunteet kohdistuvat: lapsen, itseän

3. MITEN LAPSEN SYNTYMÄ ON VAIKUTTANUT MUIHIN PERHEESI JÄSENIIN?
MITEN PUOLISOSI/VAUVAN ISÄ SUHTAUTUU?

	Myönteinen reaktio	Kielteinen reaktio
Puoliso		
Lapset		
Isovanhemmat		
Muut		

IV ÄIDIN LASTA KOSKEVAT HUOLENAIHEET

4. MITEN LAPSESI ON MIELESTÄSI KEHITTYNYT JA KUINKA HÄN VOI?
Myönteisiä tunteita
Kielteisiä tunteita

V ÄIDIN NÄKEMYS LAPSESTAAN

12. MILLAINEN VAUVASI ON?
Myönteinen näkemys
Kielteinen näkemys

MISSÄ ASIOISSA SINULLA ON ENITEN VAIKEUKSIA LAPSESI KANSSA?

Syöttäminen
Nukkuminen
Vauvan
"Käsittelyyn" vastaamattomuus
Muu (nimeä)

VI ÄIDIN JA VAUVAN VUOROVAIKUTUS

6. KUINKA SYÖTÄT VAUVAASI?

	Myönteiset tunteet	Kielteiset tunteet
Rintaruokinta		
Pulloruokinta		

7. KUINKA USEIN IMETÄT/SYÖTÄT VAUVAASI?

Vaihtelevat /joustavat syöttövälit
Erittäin tarkka syöttöväli

8. MILTÄ SE TUNTUU SINUSTA?

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

ENTÄ PUOLISOSTASI?

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

9. KUINKA VAUVA NUKKUU?

	Kyllä	Ei
Vakiintunut rytmi		
Heräilee erittäin usein		
Vaikeus rauhoittua		
Muu (nimeä)		

VII ÄIDIN JA VAUVAN VÄLINEN VIESTINTÄ

10. TUNNISTATKO VAUVASI ITKUSTA MILLOIN HÄN ON NÄLKÄINEN?
Pystyy erottamaan eri itkut
Ei erota eri itkuja
11. JUTTELETKO VAUVALLESII? KERTOISITKO SIITÄ?
Kyllä
Ei
- KUINKA TÄRKEÄÄ SE MIELESTASI ON?
Tärkeää
Ei ole tärkeää

VIII ÄIDIN TUNNE-ELÄMÄN VOIMAVARAT VASTATA VAUVAN TARPEISIIN

12. ITKEEKÖ VAUVASI KOSKAAN SITEN, ETTÄ SINUN OLISI VAIKEA
LOHDUTTAA HÄNTÄ TAI SAADA HÄNTÄ RAUHOITTUMAAN?
Sietää lapsen pahanolon
Ei pysty sietämään lapsen pahaa oloa

IX TALOUDELLINEN TILANNE

13. VIIMEKSI KUN TAPASIMME OLIT / ET OLLUT HUOLISSASI
PERHEENNE TALOUDESTA. ENTÄ NYT?
Taloudellisia vaikeuksia
Ei taloudellisia vaikeuksia

X ASUMINEN

14. VIIMEKSI KUN TAPASIMME TEILLÄ OLI / EI OLLUT ASUMISHUOLIA? ENTÄ NYT ?
On asumishuolia (nimeä)
Ei asumishuolia

XI ELÄMÄNTAPAHTUMAT

15. VIIMEKSI KERROIT X:stä (ESILLE TULLUT ELÄMÄNTAPAHTUMA).
MILTÄ SINUSTA NYT TUNTUU?
Myönteiset tunteet
Ja/tai
Kielteiset tunteet
- ONKO ELÄMÄSSÄNNE TAPAHTUNUT JOTAIN MERKITTÄVÄÄ
(SYNNYTYKSEN LISÄKSI) SEN JÄLKEEN KUN TAPASIMME VIIMEKSI?
Ei
Kyllä

XII LOPETUS

25. ONKO VIELÄ JOTAIN, MITÄ HALUAISIT MAINITA?

Ei

Kyllä

ÄIDIN JA LAPSEN VUOROVAIKUTUKSEN HAVAINNOINTI

Haastattelun aikana terveydenhoitajan tulisi huolellisesti tarkkailla äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta äidin käsitellessä tai syöttäessä lasta.

Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti seuraaviin seikkoihin: Ympyröi vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvaa havaintoasi.

LAPSEN PITELY: kaukana itsestä
 lähellä

KÄSITTELY: hellää
 kovakouraista

KATSEKONTAKTI: kyllä
 puuttuu

LAPSELLE PUHUMINEN:
 kyllä
 puuttuu

LAPSESTA NAUTTIMINEN:
 kyllä
 puuttuu

LAPSEN PAHANOLON SIETO:
 kyllä
 puuttuu

LAPSEN VIESTIEN YMMÄRTÄMINEN JA NIIHIN VASTAAMINEN:
 kyllä
 puuttuu

Terveydenhoitajan tulisi tukea ja rohkaista äitiä käsittelemään ja pitämään lasta sylissä sekä kommunikoidaan lapsen kanssa puhumalla, hymyilemällä ja lapsen viestejä tarkkailemalla ja niihin vastaamalla.

MIELIALALOMAKE SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMISEKSI

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Alkuperäinen englanninkielinen EPDS: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150,782-6.

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

- 1) Olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
 1. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
 2. En aivan yhtä paljon kuin ennen
 3. Selvästi vähemmän kuin ennen
 4. En ollenkaan

- 2) Olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
 1. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
 2. Hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
 3. Selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
 4. Tuskin lainkaan

- 3) Olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
 1. Kyllä, useimmiten
 2. Kyllä, joskus
 3. En kovin usein
 4. En koskaan

- 4) Olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
 1. Ei, en ollenkaan
 2. Tuskin koskaan
 3. Kyllä, joskus
 4. Kyllä, hyvin usein

- 5) Olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
 1. Kyllä, aika paljon
 2. Kyllä, joskus
 3. Ei, en paljoakaan
 4. Ei, en ollenkaan

- 6) Asia kasautuvat päälleni
 1. Kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
 2. Kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
 3. Ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
 4. Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin aina ennenkin

- 7) Olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia
1. Kyllä, useimmiten
 2. Kyllä, toisinaan
 3. Ei, en kovin usein
 4. Ei, en ollenkaan
- 8) Olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi
1. Kyllä, useimmiten
 2. Kyllä, melko usein
 3. En, kovin usein
 4. Ei, en ollenkaan
- 9) Olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt
1. Kyllä, useimmiten
 2. Kyllä, melko usein
 3. Vain silloin tällöin
 4. Ei, en koskaan
- 10) Ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni
1. Kyllä, melko usein
 2. Joskus
 3. Tuskin koskaan
 4. Ei koskaan

Liite 13b

MERKITTÄVÄN MASENNUKSEN KRITTEERIT.

Masennus on merkittävä, jos asiakkaalla on vähintään viisi seuraavista oireista kahden viikon ajan. Yhden oireista tulee olla alakuloisuus ja tyytyväisyyden puute lähes joka päivä.

- 1) Alakuloisuus ja tyytyväisyyden puute
- 2) Merkittävä ruokahalun muutos
- 3) Painon nousu tai aleneminen
- 4) Unihäiriöt
- 5) Väsymys, vetämättömyys
- 6) Keskittymisvaikeudet
- 7) Omanravitonnon heikkeneminen, riittämättömyyden tunne
- 8) Lisääntynyt tai vähentynyt psykomotorinen aktiivisuus
- 9) Itsetuhoisuus (harvinainen synnytyksen jälkeisessä masennuksessa)

LOMAKE PARISUHDEVÄKIVALLAN SEULONTAAN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLASSA

Kysymykset esitetään raskaana oleville naisille viimeistään raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana ja äideille viimeistään nuorimman lapsen ollessa kuuden kuukauden ikäinen.

Esitä naiselle seuraavat kysymykset aina kahden kesken.

Kirjoita naisen kertoma vastaus ko tilaan tai ympyröi sopiva vaihtoehto.

1	Millaisena koet parisuhteesi?		
		Kyllä	Ei
2	Käyttäytykö kumppanisi joskus niin, että pelkää häntä?	1	2
3	Käyttäytykö kumppanisi sinua kohtaan halventavasti, nöyryyttävästi tai kontrolloivasti?	1	2
4	Onko nykyinen kumppanisi		
	Uhannut sinua väkivallalla (sis. myös uhkauksen käyttäen jotakin asetta/välinettä)?	1	2
	Tarttunut kiinni, repinyt, tönäissyt, läimäissyt tai potkaissut sinua?	1	2
	Käyttänyt muuta fyysistä väkivaltaa sinua kohtaan?	1	2
	Painostanut, pakottanut tai yrittänyt pakottaa sinua seksuaaliseen kanssakäymiseen?	1	2
5	Milloin nykyinen kumppanisi käyttäytyi väkivaltaisesti?		
	Viimeisen 12 kuukauden aikana	1	2
	Raskauden aikana	1	2
	Synnytyksen jälkeen	1	2
6	Onko nykyinen kumppanisi ollut väkivaltainen lastanne/lapsianne kohtaan?	1	2
7	Onko joku lapsistasi nähnyt tai kuullut, kun kumppanisi on käyttäytynyt väkivaltaisesti?	1	2
8	Millaista tukea/apua haluaisit tilanteeseesi?		

LASTENNEUVOLAN MÄÄRÄAIKAISTARKASTUSTEN OHJELMA

Liite 15.

	Odotus- aika	1-4 vk	~4 vk	6-8 vk	3 kk	4 kk	5 kk	6 kk	8 kk	(10 kk)	12 kk	18 kk	2 v	3 v	4 v	5 v	6 v
Terveystarkastus- ja (min.) ¹⁾	60 + matkat ²⁾	60	60	60	60	60	60	60	60	0-30	60	60	60	60	60	60	60
Lääkäri (min.)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	0-30	30	30	30	30	30	30	30
Vanhempainryhmä/ryhmäneuvola ³⁾	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Neurologinen kehitysarvio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(x)
Paino	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pituus ja päänympäry	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Näkö	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(x)	x	(x)
Kuulo	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	x ⁵⁾	x ⁵⁾	x ⁵⁾	x ⁵⁾	x ⁵⁾	x	(x)	x
Verenpaine																	x --- ---x
Puheen kehitys	Jatkuva seuranta																
Psykososiaalinen seuranta ja tuki	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Terveystarkastus- ja neuvonta	jatkuva																
Imetys	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ravitsemus																	x
Suun terveys	Liite 18																
Rokotusohjelma vuodesta 2005	(BCC)	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	DTap-IPV-Hib	MPR	MPR	DTap-IPV	MPR	MPR

¹⁾ Ehdotusta suositellaan sovellettavaksi yksittäisesti
²⁾ Kotikäynti
³⁾ Paikallisen harkinnan mukaan
⁴⁾ Haastattelu
⁵⁾ Ikkänsä puheentulon ja ymmärtämisen arviointi

KUULON TUTKIMINEN LASTENNEUVOLASSA

Ikä	Tutkimukset	Jatkotutkimuksiin lähetettävät (ks. luku 11.4)
Koko neuvola-seurannan ajan	Vanhempien haastattelu	Tarvittaessa erikoissairaanhoidon tutkimuksiin
8 kk (lääkäri)	Paikannusvaste pienoisaudiometrillä	Paikannusvaste puuttuu
12 kk (terveydenhoitaja)	Yksinkertaisten ohjeiden ja kieltojen ymmärtäminen, sanojen tapailu	Jos kielenkehitys viivästynyt ja syntyy epäily kuuloviasta
18 kk (lääkäri)	Ikätasoinen puheen tuotto ja ymmärtäminen	Jos kielenkehitys viivästynyt ja syntyy epäily kuuloviasta
2 v (terveydenhoitaja)	Ikätasoinen puheen tuotto ja ymmärtäminen	Ks. yllä. Viivästynyt puheen kehitys edellyttää kokonaisvaltaista selvitystä
3 v (terveydenhoitaja)	Ikätasoinen puheen tuotto ja ymmärtäminen	Ks. yllä
4 v (terveydenhoitaja)	Audiometri (seulonta)	Kuulo huonompi kuin 20 dB 0,25-4 kHz
5 v (terveydenhoitaja +lääkäri)	Audiometri (seulonta), ellei ole tutkittu aiemmin	Kuulo huonompi kuin 20 dB 0,25-4 kHz
6v (terveydenhoitaja)	Audiometri (kynnysmittaus kaikille)	Kuulo huonompi kuin 20 dB 0,25-4 kHz

NÄÖN TUTKIMINEN LASTENNEUVOLASSA

Ikä	Tutkimukset	Jatkotutkimuksiin lähetettävät
Vastasyntynyt (terveydenhoitaja)	Silmien ulkonäkö (inspektio) Punaheijaste	Silmissä ulkonaisesti poikkeavaa Himmeä tai sammunut punaheijaste
6-8 vk (terveydenhoitaja/lääkäri)	Inspektio Punaheijaste Mustaisten valoreaktio Räpytysreaktio kirkkaalle valolle	Himmeä tai sammunut punaheijaste (aiheuttaa aina kiireellisen lisätutkimustarpeen) Silmien tai luomien rakennepoikkeavuudet, jatkuva karsastus tai silmävärve, harhailevat silmät
4 kk (terveydenhoitaja/lääkäri)	Inspektio Hirschbergin lamppukoe Katseen kohdistaminen ja värikään kuvan tai esineen seuraaminen Punaheijaste Katsekontakti, hymyvaste	Em. lisäksi Katsekontakti, katseen kohdistaminen tai seuraaminen puutteellinen Karsastus (ks. teksti luku 10.5), kiireellisenä, jos silmät olleet jo suorassa
8 kk (terveydenhoitaja/lääkäri)	Em. lisäksi kyyneltieongelmat Inspektiossa kiinnitetään huomiota pään asentoon	Em. lisäksi kyyneltieongelmat ja epäily alentuneesta näöntarkkuudesta käyttäytymisen perusteella, silmäperäinen torticollis, karsastus
(18 kk) (terveydenhoitaja/lääkäri)	Hirschbergin lamppukoe Suora peittokoe Punaheijaste Pinsettiote	Kuten edellä. Epäily alentuneesta näöntarkkuudesta
3 v (terveydenhoitaja)	Jos lapsi ko-operoi: Lähi- ja/tai kaukonäöntarkkuus (on suositeltavaa tutkia molemmat) testikuvioin (LH taulut ja kortit) Hirschbergin lamppukoe Suora peittokoe Jos tutkimus ei onnistu 1. kerralla, kannattaa se toistaa myöhemmin aikana, jolloin lapsi on virkeä Stereonäkö, mikäli neuvolalla on testi käytössä.	Kuten edellä. 2 rivin ero silmien välillä tai yhteisnäön tarkkuus huonompi kuin 0.5
4 v (terveydenhoitaja)	3-v tutkimukset, jos ne eivät ole onnistuneet aiemmin	Kuten edellä. Muista etenkin karsastus.
5 v (terveydenhoitaja+lääkäri)	Kuten 3-v.	2 rivin ero silmien välillä tai näön tarkkuus alle 0.8 toisessa tai molemmissa silmissä. Kuten edellä. Muista etenkin karsastus.
6 v (terveydenhoitaja)	Testataan tarvittaessa	Kuten 5-v.

Poikkeava tulos varmistetaan aina toistetulla tutkimuksella.

LAPSEN SUUN TERVEYDENHOITO SÄÄNNÖLLISTEN NEUVOLAKÄYNTIEN YHTEYDESSÄ

Ajankohta	Tavoitteet	Sisältö
Odotusaika	Antaa vanhemmille riittävät tiedot varhaisen kariesbakteeritartunnan ehkäisemisen, heidän oman suun terveytensä sekä ksylitolin käytön merkityksestä lapsen suun terveydelle.	Vanhemmille annetaan tietoa varhaisen kariesbakteeritartunnan merkityksestä sekä ksylitolin käytöstä. Ohjataan vanhemmat hammaslääkäriin tarkastukseen, jotta hampaat voidaan hoitaa kuntoon ennen synnytystä. Kannustetaan vanhempia oman suuhygieniansa huolehtimisessa.
0–6 kk	Varhaisen kariesbakteeritartunnan ehkäiseminen. Hampaiden reikiintymisen hallinnan kannalta hyvän ravitsemuksen ja ateriarvitymityksen sekä hyvien imemistottumusten oppiminen.	Vanhemmille annetaan tietoa seuraavista asioista: Rintaruokinta tukee leukojen ja suun lihasten kehittymistä. Vettä tulisi käyttää janojuomana mehujen sijaan. Terveellisten ravitsemustottumusten luominen alkaa. Sokerin käyttöä, lisäämistä ruokaan ja juomaan tulisi välttää. Tutin vaikutukset suun terveyteen käydään läpi.
6–18 kk	Säännöllisten suun puhdistustapojen omaksuminen. Suun terveyden ongelmien tunnistaminen ja ohjaaminen suun terveydenhuollon ammattilaisille. Oikeiden ravinto- ja imemistottumusten vahvistaminen. Säännöllisen fluorinkäytön omaksuminen 18 kk:n iästä lähtien.	Vanhemmille annetaan tietoa seuraavista asioista: Lapsi oppii mallista. Säännölliset ateriat rajoittavat happohyökkäysten määrää. Sokerin lisäämistä ruokaan, juomaan ja makeisten käyttöä tulee välttää. Lapsi tulisi totuttaa säännölliseen kaksi kertaa päivässä tapahtuvaan hampaiden puhdistamiseen pehmeällä harjalla. Harjoittelemisen voi aloittaa jo ennen hampaiden pulkeamista. Fluorihammastahnaa käytetään 18 kk:n iästä lähtien kaksi kertaa päivässä, jotta varmistetaan hampaiden vahvistuminen. Yläetuhampaiden puhtaus tarkistetaan nostamalla lapsen ylähuulta. Mikäli hampaat ovat likaiset, ohjataan lapsi hammashoitolaan, jossa suun terveyden edistämissuunnitelma tehdään yhdessä perheen kanssa.
18 kk – 3 v	Tutin käytön lopettaminen. Ohjaaminen suun terveydenhuollon asiakkaaksi. Oikeiden ravinto- imemis- ja hampaiden puhdistustottumusten vahvistaminen.	Vanhemmille annetaan tietoa seuraavista asioista: Lapsi voi aloittaa ksylitolin käytön kun hän osaa nielemättä pureskella purukumia tai imeskellä pastilleja. Tutin käyttö tulisi lopettaa noin kahden vuoden iässä. Ohjataan lapsi suun terveydenhuollon asiakkaaksi suun terveyden ja purenan tarkistamista sekä yksilöllisen tarkastusvälin ja suun terveyden edistämissuunnitelman määrittämistä varten.
3–7 v	Suun terveyden ongelmien tunnistaminen sekä suun terveyspalveluja käyttämättömien ohjaaminen suun terveydenhuollon asiakkaaksi. Oikeiden ravinto- ja hampaiden puhdistustottumusten vahvistaminen.	Ylihuulta nostetaan ja mikäli hampaat ovat likaiset, ohjataan lapsi hammashoitolaan. Mikäli suun terveydenhuollon käyntejä ei vielä ole, ohjataan lapsi suun terveydenhuollon asiakkaaksi suun terveyden ja purenan tarkistamista sekä yksilöllisen tarkastusvälin ja suun terveyden edistämissuunnitelman määrittämistä varten tai pyydetään suun terveydenhuolto kutsumaan lapsi.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN OPPAITA
ISSN 1236-116X

- 2004: 1 Opas hammaslääkäriin käytännön palvelusta peruskoulutuksen jälkeen.
ISBN 952-00-1468-3
- 2 Handbok för den praktiska tjänstgöringen efter grundutbildningen till tandläkare.
ISBN 952-00-1469-1
- 3 Terveysthuollon täydennyskoulutussuositus.
ISBN 952-00-1478-0
- 4 Rekommendation om fortbildning inom hälso- och sjukvården.
ISBN 952-00-1479-9
- 5 Kuoleman toteaminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Konstaterande av människans död. En guide för hälso- och sjukvårdspersonalen.
ISBN 952-00-1499-3
- 6 Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystuokunnan laatusuosituksset.
ISBN 952-00-1512-4
- 7 Kvalitetsrekommendationer om handledd hälsomotion för äldre personer.
ISBN 952-00-1519-1
- 8 Kouluterveydenhuollon laatusuositus.
ISBN 952-00-1529-9
- 9 Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården.
ISBN 952-00-1530-2
- 10 Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyys ja sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet työterveyshuollon täydennyskoulutuksesta.
ISBN 952-00-1544-2
- 11 Behörighet för yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården och social- och hälsovårdsministeriets anvisningar om kompletterande utbildning.
ISBN 952-00-1545-0

- 12 Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille.
ISBN 952-00-1556-6
- 13 Lagen om företagshälsovård. Handbok för tillämpning av lagen
om företagshälsovård.
ISBN 952-00-1557-4.
- 14 Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille.
ISBN 952-00-1579-5.