

Aija Saarinen

NORMIOHJAUKSEN TOIMEENPANO KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Lokakuu 2019

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO, Johtamiskorkeakoulu, Hallintotiede, Pro gradu seminaari –

ja tutkielma 2019, 40 op

SAARINEN AIJA: Normiohjauksen toimeenpano

kouluterveydenhuollossa Pro gradu - tutkielma, 85 sivua, 2 liitettä (21 sivua)

Tutkielman ohjaaja: Professori Jari Stenvall

lokakuu 2019

Avainsanat: normi, ohjaus, toimeenpano ja kouluterveydenhuolto

Pro gradu – tutkielman aiheena on julkisen terveydenhuollon toimintojen sääntelyyn ja erityisesti normiohjauksen toimeenpanoon liittyvät haasteet käytännön työssä. Vaikka ohjeet säädösten toimeenpanoon ovat yleensä selkeitä ja säädökset ovat luonteeltaan kuntia velvoittavia, niin varsinaisessa asiakastyössä säädösten mukaisen toiminnan toteuttaminen ei kuitenkaan aina toteudu tarkoitetulla tavalla. Tutkimuskohteeksi valittiin 1.5.2011 voimaan tullut valtioneuvoston asetus neuvolatyöstä, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä ennalta ehkäisevästä lasten ja nuorten suun terveydenhuollosta (338/2011), joka määrittelee pääpiirteissään kouluterveydenhuollon sisällön. Tutkimuskysymyksissä haettiin vastausta siihen, miten edellä mainitun asetuksen sisältö on toimeenpantu kouluterveydenhuollossa ja mitkä tekijät tutkimuksen perusteella ovat vaikuttaneet asetuksen toimeenpanoon?

Teoreettisena viitekehyksenä tutkielmassa on käytetty implementaatiotutkimuksen ylhäältä alas -lähestymistapaa, jonka esittivät ensimmäisinä Donald van Meter ja Carl von Horn vuonna 1975. Ylhäältä alas -lähestymistavassa tutkimuskohteena on usein jokin hierarkkisesti ylemmällä tasolla annetun toimintaohjelman toteuttaminen hierarkian alemmilla tasoilla ja siksi malli soveltuikin hyvin ko. tutkimusaineiston analyysin teoreettiseksi viitekehykseksi. Toimeenpanon mittaamismetodiksi tutkielmassa valikoitui puolistrukturoitu kyselytutkimus, joka toteutettiin vuoden 2017 keväällä. Kysely lähetettiin Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen jäseninä oleville koulu- ja opiskeluterveydenhoitajille ja kyselyyn vastasi yhteensä 162 kouluterveydenhoitajaa

Tutkielman tulosten mukaan asetuksen (338/2011) toimeenpanossa oli nähtävissä suurta vaihtelua. Joissakin kunnissa kouluterveydenhuolto oli toimeenpantu lähes täydellisesti asetuksen edellyttämällä tavalla ja osassa kunnista toimeenpanossa oli suuria puutteita. Kunnissa, joissa kouluterveydenhuolto oli toteutettu asetuksen edellyttämällä tavalla, asetus koettiin hyödylliseksi ja työrauha kouluterveydenhuollossa koettiin aiempaa paremmaksi. Myös moniammatillinen yhteistyö toteutui kouluterveydenhuollossa aiempaa peremmin. Moni kyselyyn vastanneista kouluterveydenhoitajista toi kuitenkin esiin sen, että työnantajan asettamien tavoitteiden ja resurssien kesken oli selkeä ristiriita ja työntekijät kokivat, että vastuu asetuksen mukaisesta toiminnasta oli jätetty työntekijöille. Tutkimuksen mukaan 40 prosenttia vastaajista ei tiennyt, oliko kunnassa laadittu asetuksen edellyttämä toimintaohjelma, jolloin oli ymmärrettävää, että vastaajilla ei ollut myöskään tietoa toimintaohjelmassa määriteltävistä, toimeenpanossa käytettävistä menettelytavoista. Toimeenpanon onnistumisen kannalta merkittävimmiksi tekijöiksi osoittautuivat henkilöstöresurssit sekä tiedon kulku asetuksen mukaisen toiminnan toteutumisesta sekä päättäjiltä ja esimiehiltä henkilöstölle että päinvastoin.

Sisällysluettelo

TIIVISTELMÄ.....	2
KUVALUETTELO	5
1 JOHDANTO	6
1.4.1 <i>Terveyskeskusten valmiuksia asetuksen mukaisen toiminnan järjestämiseksi, Terveysenedistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa 2010.....</i>	10
1.4.2 <i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 71/2012.....</i>	11
1.4.4 <i>Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskityksen kysely liiton luottamusmiehinä toimiville terveydenhoitajille v. 2011.....</i>	15
1.4.5 <i>Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastokatsaus 2/2016.....</i>	16
1.4.6 <i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimus ammattilaisten kokemuksista laajojen terveystarkastusten hyödyistä kouluterveydenhuollossa syyskuussa 2017.....</i>	16
1.4.7 <i>Perusterveydenhuollon perustaulukot TEA – viisari 2018.....</i>	20
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY LAKIEN JA KIRJALLISUUSKATSAUKSEN POHJALTA.....	22
3 NORMIOHJAUKSEN TOIMEENPANON TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	24
3.5.1 <i>Toimeenpanotutkimus, toimintapolitiikka ja toimeenpanoteorioiden kehitys.....</i>	31
3.5.2 <i>Toimeenpanoprosessi ja toimeenpanoprosessin vaiheet.....</i>	34
3.5.3 <i>Toimeenpanon tukikeinoja.....</i>	36
4 KOULUTERVEYDENHUOLTO	38
5 KOULUTERVEYDENHUOLTOA MÄÄRITTELEVÄ ASETUS (338/2011).....	41
5.4.1 <i>Terveystarkastukset kouluterveydenhuollossa.....</i>	43
5.4.2 <i>Erikoistutkimukset kouluterveydenhuollossa.....</i>	44
5.4.3 <i>Kouluyhteisön terveys ja turvallisuus.....</i>	44
5.4.4 <i>Eriyisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen.....</i>	45
5.4.5 <i>Terveysneuvonta.....</i>	45
6 ASETUKSEN MÄÄRITTELEMÄ TOIMEENPANO.....	47
6.2.1 <i>Henkilöstön riittävyys ja osaaminen.....</i>	48
6.2.2 <i>Asetuksen mukaisten palveluiden rahoitus.....</i>	49
6.2.3 <i>Moniammatillinen yhteistyö.....</i>	49
6.2.4 <i>Työvälineet ja – tutkimusmenetelmät.....</i>	49
6.2.5 <i>Potilasasiakirjat ja tietosuojat.....</i>	50
7 ASETUKSEN TOIMEENPANON SEURANTA JA VALVONTA	53

8	TUTKIMUSTULOKSET JA ANALYYSI.....	56
9	ANALYYSIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	70
10	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	72
11	POHDINTA	79
	LÄHTEET	81
	LIITTEET.....	86

KUVALUETTELO

Kuva 1 Laajojen terveystarkastusten sujuvuuteen vaikuttavien työjärjestelyjen toteutumisen osuudet (%) vastaajien arjen työssä. (THL:n tutkimus ammattilaisten kokemuksista laajojen terveystarkastusten hyödyistä v. 2017)	18
Kuva 2. Laajaan terveystarkastukseen sisältyvien terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastusten järjestäminen kouluvuonna 2015 – 2016 vastaajien osuuksina (%). (THL:n tutkimus ammattilaisten kokemuksista laajojen terveystarkastusten hyödyistä v. 2017)	19
Kuva 3. Hallinnon ohjausmuodot (Lundquist, 1972)	29
Kuva 4. Tavoitteiden, toteutuksen ja normiohjauksen välinen suhde (Sjöblom, 1990)	30
Kuva 5. Implementaatioprosessi (Junnila 2008, 62)	35
Kuva6. Alueen tai väestön erityispiirteiden huomioiminen kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusten suunnittelussa.....	58
Kuva 7 Onko kuntanne hyödyntänyt asetuksen toimeenpanon edistämiseksi saadun korotetun valtion osuuden kouluterveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin?	60
Kuva 8. Terveyskeskukset, joissa asetuksen mukainen toimintaohjelma on hyväksytty.	60
Kuva 9 Asetuksen mukainen koulujen terveydellisten olojen tarkastus tehty viimeisen kolmen vuoden aikana.....	69

1 JOHDANTO

1.1 Tutkielman taustaa

1980-luvun alussa Suomessa elettiin vielä voimakkaan normiohjauksen aikaa. Terveystieteiden tutkimuksessa työn sisältö määriteltiin tarkasti silloisen Lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisesti. 1993 toteutetun valtionosuusuudistuksen seurauksena siirryttiin normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen, mikä antoi kunnille mahdollisuuden aiempaa itsenäisemmin päättää kuntalaisten terveyspalveluiden sisällöstä. 1990-luvun alkuun ajoittui taloudellinen lama, jolloin myös ennaltaehkäisevän terveydenhuollon resursseja merkittävästi leikattiin. 2000-luvulle tultaessa havahduttiin informaatio-ohjauksen heikkouteen ja sen seurauksena väestön jatkuvasti kasvaviin terveyseroihin. Vuosina 2005 ja 2006 toteutettu kansanterveyslain uudistus toi takaisin asetuksenantovaltuudet ja mahdollisuuden normiohjauksen keinoin laajemmin vaikuttaa julkisen terveydenhuollon toimeenpanoon.

1.1.2009 astui voimaan uusi asetus, joka määrittelee pääpiirteissään esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sisällön. Joidenkin pykälien osalta asetus astui voimaan vasta 1.2.2011. Asetus määrittelee kouluterveydenhuollon työn sisällön, mutta ei anna määrällisiä ohjeita esimerkiksi siitä, kuinka monta koululaista kutakin terveydenhoitajaa kohden pitäisi kouluterveydenhuollossa työskentelevällä terveydenhoitajalla olla. Tältä osin asetuksen sisältö on siis hieman tulkinnanvarainen. Uuden asetuksen voimaan saattamiseen kunnat saavat myös korotettua valtionapua. Tämä valtionapu ei kuitenkaan ole niin sanottua korvamerkittyä rahaa, joka olisi mahdollista käyttää vain kyseisen asetuksen toimeenpanoon. Lisäksi kunnat veloitettiin laatimaan asetuksen toimeenpanosuunnitelma. Asetuksen toteutumista kunnissa valvovat aluehallintoviranomaiset.

1.2 Tutkielman tavoitteet ja rajaukset

Julkinen hallinto on perinteisesti nähty hierarkkisenä ja sen toimintaa on ohjattu ylhäältä alaspäin. Myös julkisia terveystalouksia ohjataan edelleen valtakunnallisesti lakiin pohjautuvien määräysten, kuten asetusten, avulla. Toisaalta nykyisin pyritään kuitenkin entistä enemmän huomioimaan toiminnan kohteiden (asiakkaiden) näkökulma sekä toimeenpanoon vaikuttavat paikalliset näkökohdat ja toteuttamismahdollisuudet.

Omaa Pro gradu – tutkielman aihetta pohtiessani oli itselleni tärkeää paitsi aiheen kiinnostavuus tutkimuskohteena myös se, että aihe liittyisi omaan aiempaan perustutkukseen. Itselläni oli Pro gradu – tutkielmaa aloittaessani takana yli 20 vuotta terveydenhoitajan työtä terveydenhoitajatyön eri sektoreilla sekä esimiestehtävissä. Näin ollen oli selvää, että halusin tutkia aihetta, joka omassa perustutkukseeni oli joko herättänyt paljon kysymyksiä tai nostanut esiin mielenkiinnon tutkia aihetta lähemmin. Itselläni oli vuosien kokemus eri tasoisten säästötoimenpiteiden toimeenpanosta julkisella sektorilla sekä kokemuksia myös julkisen sääntelyn muutoksista eri vuosikymmeniltä. Siksi valitsinkin aiheeksi julkisen terveydenhuollon toimintojen sääntelyn ja erityisesti normiohjauksen toimeenpanoon liittyvät haasteet käytännön työssä. Nykyisessä työssäni Terveydenhoitajaliiton kehittämispäällikkönä olen saanut käytännön terveydenhoitajatyötä tekeviltä terveydenhoitajilta erilaisten säästötoimenpiteiden käytännön toimeenpanosta hyvin ristiriitaisia tietoja. Käytännön työstä saadun palautteen perusteella on ollut helppo havaita, että esimerkiksi mainitun kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanossa on ollut suuria alueellisia ja paikkakuntakohtaisia eroja. Lisäksi toimeenpanossa näytti aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten valossa olevan melko suuriakin eroavaisuuksia, riippuen siitä, oliko kyselyyn vastaajana ollut työnantaja - vai työntekijätaho.

Toisaalta toimeenpanoon liittyy läheisesti myös julkisen ohjauksen muuttuminen maassamme 1900-luvun loppupuolella. 1980-luvun alussa Suomessa elettiin vielä voimakkaan normiohjauksen aikaa. Terveydenhuollossa työn sisältö määriteltiin tarkasti silloisen Lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisesti. 1993 toteutetun valtioneosuusmuutoksen seurauksena siirryttiin normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen, mikä antoi kunnille mahdollisuuden aiempaa itsenäisemmin päättää kuntalaisten terveystalouksien sisällöstä. 1990-luvun alkuun ajoittui taloudellinen lama, jolloin myös ennaltaehkäisevän terveydenhuollon resursseja merkittävästi vähennettiin. 2000-luvulle tultaessa havahduttiin taas informaatio-ohjauksen heikkouteen ja sen seurauksena väestön jatkuvasti kasvaviin terveyseroihin. Vuosina 2005 ja

2006 toteutettu kansanterveyslain uudistus toi takaisin asetuksenantovaltuudet ja mahdollisuuden normiohjauksen keinoin laajemmin vaikuttaa julkisen terveydenhuollon toimeenpanoon. Vaikka ohjeet säädösten toimeenpanoon ovat yleensä selkeitä ja säädökset ovat luonteeltaan kuntia velvoittavia, niin varsinaisessa asiakastyössä säädösten mukaisen toiminnan toteuttaminen ei kuitenkaan aina toteudu tarkoitetulla tavalla.

Edellä mainituin perustein heräsi kiinnostus tutkia sitä, ovatko erot asetuksen toimeenpanossa todella olemassa ja mitkä tekijät työntekijöiden näkemyksen mukaan ovat vaikuttaneet asetuksen toimeenpanoon. Olisiko mahdollista toimeenpanoon vaikuttavia tekijöitä selvittämällä vaikuttaa myös säädösten toimeenpanon onnistumiseen tulevaisuudessa? Oli myös mielenkiintoista selvittää, mikä merkitys erilaisilla toimeenpanokäytännöillä tai itse toimeenpanoa säätelevillä tekijöillä on tavoitteiden saavuttamisessa.

Pro gradu- tutkielmassani rajaan oman tutkimusaiheeni yhden säädöksen toimeenpanon selvittelyyn ja olen valinnut tutkimuksen kohteeksi 1.1.2009 voimaan tulleen asetuksen, joka määrittelee pääpiirteissään esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sisällön ja toimeenpanon. Tutkimusasetelman selkeyden ja materiaalin laajuuden huomioon ottaen valitsin tutkimusryhmäksi kouluterveydenhuollon ja erityisesti kouluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat, joiden näkemyksiä asetuksen toimeenpanosta tutkielmassani on selvitetty. Tutkielmani aluksi määrittelen työssäni käytetyt käsitteet ja pohdin hieman laajemmin toimeenpanon teoreettista taustaa. Lisäksi esittelen kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen (338/2011) sisällön sekä asetuksen toimeenpano-ohjelman. Tutkielmassani perehdyn normiohjauksen toimeenpanoon ja siihen vaikuttaviin tekijöihin julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimukseni tavoitteena on kuvata kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanoa perustason työntekijöiden eli kouluterveydenhoitajien työn näkökulmasta. Tutkimusaiheen valinnassa olen tiedostanut myös sen, että aihe saattaa olla itselleni aiemman perustyöni näkökulmasta liiankin läheinen, mikä voi luoda ennakoasenteita tutkimus -tulosten analysointiin. Tämä onkin ollut erityisen tärkeää pitää mielessä sekä tutkimuskysymysten asettelussa että tutkimustulosten analysoinnissa.

Osittain kyselyn tuloksia on hyödynnetty myös Suomen Terveydenhoitajaliitossa kouluterveydenhoitajan työn kuormittavuutta selvittävän laskurin kehitystyössä ja siksi kysely (Liite 2) toteutettiin varsin laajana. Kyselyn kysymykset 33-56 käsittelivät kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanoa. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa olen ollut yhteydessä myös asetuksen laatineeseen tahoon eli Sosiaali- ja

terveysministeriöön, STM: n neuvottelemaan virkamieheen Marjaana Pelkoseen ja saanut häneltä arvokkaita mielipiteitä tutkimuksen toteuttamisen tueksi.

1.3 Tutkimuskysymykset ja tutkimustapa

Erityisesti mielenkiintoa herätti se, miksi asetuksenmukaisessa toiminnassa oli aiempienkin tutkimustulosten mukaisesti niin suuria eroja ja miten erot olisi mahdollista selittää. Miksi asetuksen määrittelemää toiminta oli kunnittain toimeenpantu eri tavoin ja eri aikataululla, ja mitkä olivat olleet mahdollisia toimeenpanoon vaikuttavia tekijöitä. Toisaalta kysymyksiä herätti myös kouluterveydenhuollon henkilöstön käytännön kokemukseen perustuva ja kuntakyselyissä havaittava kuntien kansanterveystyön vastuutahojen erilainen näkemys asetuksen toimeenpanosta. Tämän vuoksi halusin omassa Pro gradu – tutkielmassani selvittää juuri asetuksen toimeenpanoa ja toimeenpanoon vaikuttavia tekijöitä henkilöstön eli kouluterveydenhoitajien näkökulmasta. Mielenkiintoista oli myös nähdä, kuinka hyvin kouluterveydenhoitajat tunsivat asetuksen sisällön ja pystyivät siten arvioimaan asetuksen toimeenpanoa omassa kunnassaan.

1. Miten asetuksen 338/2011 määrittelemä sisältö on toimeenpantu kouluterveydenhuollossa?
2. Onko tutkimuksen perusteella löydettävissä asetuksen toimeenpanoon vaikuttaneita tekijöitä?

Tutkimustavaksi omassa Pro gradu – tutkielmassani valikoitui kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimustavan sekoitus. Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään tapauksissa, joissa tulokset halutaan taulukko- ja tilastomuotoon. Taulukoiden ja tilastojen analysoinnin pohjalta tehdään päätelmiä, jotka voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa. (Hirsjärvi ym. 2008, 136). Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy asioihin, joita ei voi määrällisesti mitata, kuten käyttäytymiseen ja mielipiteisiin (Hirsjärvi ym. 2008, 157). Toimeenpanon mittaamismetodiksi valikoitui näin puolistrukturoitu kysely. Puolistrukturoitu kysely tarkoittaa sitä, että kysely sisältää suuren osan strukturoituja kysymyksiä. Strukturoiduissa kysymyksissä kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat jokaiselle vastaajalle samat. Puolistrukturoidussa kyselyssä on kuitenkin lisäksi kysymyksiä, joihin vastaajat saavat vastata omin sanoin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47.) Mittaamismetodin valintaan vaikutti tutkimukseni aihe. Tutkimuksella haluttiin sekä

helposti graafisessa muodossa esitettävää, prosentuaalista tietoa kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen sisällön toteutumisesta, että lisätietoa siitä, minkä vastaajat näkivät omassa työssään vaikuttaneen asetuksen mukaisen toiminnan toimeenpanoon.

1.4 Aiemmat tutkimukset

Kouluterveydenhuoltoa määrittelevä asetus oli omien Pro gradu – seminaarieni alkaessa v. 2015 vielä niin uusi, että sitä koskevaa tutkimusaineistoa ei juurikaan ollut saatavissa. Tutkittua tietoa ko. asetuksen toimeenpanosta oli lähinnä esimiehille suunnatuista kysely tutkimuksista, joita oli toteutettu parin vuoden välein kouluterveydenhuoltoa säätelevän asetuksen (338/2011) voimaantulon jälkeen. Vasta myöhemmin on aiheeseen liittyvää tutkimusta tullut lisää, mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen marraskuussa 2017 tekemä selvitys asetuksessa määriteltyjen laajojen terveystarkastusten toteutumisesta kouluterveydenhuollossa.

1.4.1 Terveyskeskusten valmiuksia asetuksen mukaisen toiminnan järjestämiseksi, Terveydenedistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa 2010

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos selvitti terveystarkastusten valmistautumista asetuksen velvoitteiden toimeenpanoon keväällä 2010 toteutetulla selvityksellä. Selvitys oli osa laajempaa Terveydenedistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa 2010 - tiedonkeruuta.

Raportissa kuvataan tilannetta terveystarkastuksissa vuoden 2009 toiminnan ja vuoden 2010 suunnitelman kautta. Tuolloin kaikki asetuksen velvoitteet eivät vielä olleet kuntia sitovia. Raportissa on kuvattu ensin aineisto, johon tulokset perustuvat. Tämän jälkeen on esitetty asetuksen velvoitteita koskevat tulokset. Lopuksi on raportoitu asetuksen toimeenpanon edellytyksiä kuvaavat tulokset, joita ovat henkilöstövoimavarat, asetuksen käsittely terveystarkastuksen hallinnossa, toimintaohjeiden laatiminen, kuntalaisten osallisuuden mahdollistaminen, vastuuhenkilöt ja valtionosuuden hyödyntäminen. Lopuksi on esitetty

keskeisimmät haasteet asetuksen toimeenpanon kannalta. Vastanneet terveyskeskukset kattavat 95 prosenttia väestöstä.

Vuonna 2009 yhdenkään vuosiluokan laaja terveystarkastus ei toteutunut kaikissa terveyskeskuksissa. Yleisimmin laaja terveystarkastus tehtiin 8. luokan oppilaille (69 prosenttia terveyskeskuksista), harvimmin 1. luokan oppilaille (48 prosenttia terveyskeskuksista). Johtopäätös oli: Mitä pienempi terveyskeskus, sitä yleisemmin laajat terveystarkastukset oli tehty. Vajaa neljäsosa terveyskeskuksista ilmoitti, että laajoista terveystarkastuksista tehdään luokkakohtaisia yhteenvetoja ainakin osassa kouluista. Yhteenvetoja tehtiin yleisemmin suuremmissa terveyskeskuksissa. Koulukohtaisia yhteenvetoja laajoista terveystarkastuksista tehtiin vieläkin harvemmin. (THL 2010.)

Kouluterveydenhuollossa terveydenhoitajien mitoitussuosituksien täytyivät TEA:n raportin mukaan vuonna 2010 vain 60 prosentissa terveyskeskuksista ja lääkärimitoitukset ainoastaan 5 prosentissa, vaikka lähtökohtana oli ollut, että asetuksen mukaisten palvelujen järjestäminen edellyttää aiemmin annettujen suositusten mukaisia henkilöstömääriä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

1.4.2 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 71/2012

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa kuvataan terveyskeskusten mahdollisuudet asetuksen edellyttämän toiminnan toteuttamiseen vuonna 2012. Aineisto on kerätty osana Terveydenedistämistä (TEA) perusterveydenhuollossa 2012 – tiedonkeruuta, joka osoitettiin kunnan kansanterveystyöstä vastaavalle taholle. 99 prosenttia eli yhteensä 157 terveyskeskusta vastasi tiedonkeruuseen. Raportti kuvaa tilannetta terveyskeskuksissa, kun asetuksen (380/2009) antamisesta oli kulunut lähes kolme vuotta ja siirtymäajan päättymisestäkin (1.1.2011) yli vuosi.

Yhtenäisen toimintaohjelman neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle oli hyväksynyt 81–83 prosenttia terveyskeskuksista. Kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset toteutuivat 79 prosentissa terveyskeskuksista 1. vuosiluokalla, 90 prosentissa 5. vuosiluokalla ja 85 prosentissa

8. vuosiluokalla. Valtakunnallisten henkilöstömitoitussuosituksen toteutumisessa oli havaittavissa puutteita, erityisesti lääkäriresursseissa. Terveyskeskuksista 54 prosenttia oli käyttänyt valtionosuuden korotuksen joko osittain tai kokonaan henkilöstön rekrytointiin. Terveyskeskusten välillä oli eroja kaikessa asetuksenmukaisessa toiminnassa. Parhaiten laajat terveystarkastukset toteutuivat raportin mukaan kunnissa, joiden väestömäärä oli alle 5000. Yksittäisten terveyskeskusten välillä oli suurta vaihtelua terveystarkastusten toteuttamisessa. Kymmenessä terveyskeskuksessa ei vuonna 2012 tehty THL:n raportin mukaan yhtään laajaa terveystarkastusta lapsille peruskoulun aikana. Toimintasuunnitelman mukaisesti peruskouluikäisten terveystarkastukset suunniteltiin toteutettavan asetuksen mukaisesti 85 prosentissa terveyskeskuksista.

Kuusi kymmenestä terveyskeskuksista (62 prosenttia vastaajista) ilmoitti, että peruskoulujen koulu yhteisön terveellisyys ja turvallisuus tarkastetaan vähintään joka kolmas vuosi. Pohjois-Suomessa tarkastuksia ilmoitettiin tehtävän muita alueita vähemmän. (THL 2012.)

THL:n raportin (71/2012) mukaan lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittäminen edellyttää luottamus- henkilöiden päätöksentekoa ja sitoutumista. Kyseisessä raportissa 89 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti keskustelleensa asetuksesta terveyskeskuksen johtoryhmässä ja päättäneensä toimenpiteistä. Luottamushenkilöhallinnossa asetuksen käsittely ja toimenpiteistä päättäminen oli vähäisempää. Yleisintä asetuksen käsittely sekä luottamushenkilöhallinnossa että terveyskeskuksen johtoryhmässä oli suuremmissa yli 50000 väestön terveyskeskuksissa ja Etelä-Suomessa, Tilanne oli raportin mukaan kuitenkin huomattavasti parantunut vuoden 2010 seurantaan verrattuna. Terveyskeskuksista 89 prosenttia ilmoitti, että oli nimennyt neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastuussa olevan hoitajan ja vastuussa olevan lääkärin oli nimennyt 71 prosenttia terveyskeskuksista. Neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon osalta vastuuhenkilö oli nimeämättä 10 prosentilla terveyskeskuksista.

Raportin mukaan asetuksen toimeenpano edellyttää riittäviä viimeisimpien kansallisten mitoitussuosituksen (Lääkintöhallitus 1988, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004) mukaisia henkilöstövoimavaroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Henkilöstövoimavaratietoja on terveyskeskuksista kerätty erilliskyselyillä ja tiedonkeruilla vertailukelpoisesti vuodesta 2004 lähtien (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008; Rimpelä ym. 2006, 2007, 2008; Wiss 2009; Ståhl & Saaristo 2011). Vuonna

2006 vain joka kolmas terveystakeskus täytti terveydenhoitajan henkilöstömitoitussuosituksen kouluterveydenhuollossa.

Vuonna 2011 vastaava luku oli 75 prosenttia. Toisaalta kouluterveydenhuollon lääkäritilanne oli heikko eikä parannusta kuuden vuoden seuranta-ajalla ollut havaittavissa. Terveystenhoitaja- ja lääkärimitoitus eivät myöskään olleet yhteydessä toisiinsa, eli puuttuvaa lääkärityöpanosta kouluterveydenhuollossa ei oltu terveystakeskuksissa korvattu esim. lisäämällä terveydenhoitajatyöpanosta. 51 prosenttia terveystakeskuksista ilmoitti, että kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen oli vaikuttanut erityistä tukea vaativien koululaisten lukumäärä. Raportin mukaan psykologi- ja kuraattoritöiminnan resurssit tai koulujen lukumäärä olivat vaikuttaneet mitoitukseen noin joka kolmannessa terveystakeskuksessa. (THL 2012.)

Terveystakeskuksista 54 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kokonaan tai osittain saamansa korotetun valtionosuuden henkilöstön rekrytointiin ja 12 prosenttia terveystakeskuksista ilmoitti, ettei ollut tarvetta palkata henkilöstöä, koska terveystakeskuksessa oli jo entuudestaan suositusten mukainen henkilöstö. (THL 2012.)

1.4.3 Valviran ja aluehallintovirastojen selvitys asetuksen toteutumisesta 2011

Valvira ja aluehallintovirastot julkaisivat vuoden 2012 alussa lasten ja nuorten ehkäiseviä terveystpalveluja koskevan valvontaohjelman vuosille 2012–2014 (Valvira 2012). Valvontaohjelman tavoitteena oli lisätä valvonnan suunnitelmallisuutta ja läpinäkyvyyttä sekä tehostaa ja yhdenmukaistaa lasten ja nuorten ehkäisevien terveystpalveluiden valvontaa. Asetuksen toimeenpanoa selvitettiin erillisellä kyselyllä valvontaohjelman valmistelun käynnistyttyä. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos lähetti kyselyn terveystkeskusten johtaville lääkäreille perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevan kyselyn yhteydessä keväällä 2011. Kyselyn vastausprosentti oli 97 (vastaukset saatiin 155:stä terveystkeskuksesta). Yhteenveto kyselyn tuloksista julkaistiin Valviran tiedotteella lokakuussa 2011 (Valvira 2011). Valviran kyselyn toteutusaikaan asetus oli ollut täysimääräisesti voimassa neljä kuukautta.

Valviran kyselyssä 81 prosenttia terveystkeskuksista ilmoitti nimenneensä vastuuhenkilön asetuksen mukaiselle toiminnalle, mutta lähes joka viides terveystkeskus ei siis ollut nimennyt lainkaan vastuuhenkilöä. Yhtenäisen toimintaohjelman neuvolatoiminnalle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle ilmoitti laatineensa 42 prosenttia terveystkeskuksista. 14 prosentissa terveystkeskuksista

toimintaohjelmaa ei oltu valmisteltu ja loput ilmoittivat toimintaohjelman olevan valmisteilla. (Valvira 2011.)

Valviran kyselyssä selviteltiin, miten kattavasti terveyskeskukset olivat suunnitelleet järjestävänsä laajat ja muut määräaikaiset terveystarkastukset vuoden 2011 aikana. Terveyskeskuksista 81 prosenttia suunnitteli toteuttavansa asetuksen mukaiset laajat terveystarkastukset kouluterveydenhuollossa vuoden 2011 aikana. TEA perusterveydenhuollossa 2012 -tiedonkeruussa vastaava kouluterveydenhuollon luku vuonna 2011 toteutuneiden terveystarkastusten osalta oli 73 prosenttia. Tarkastukset siis toteutuivat suunniteltua heikommin. Kouluterveydenhuollossa ero suunniteltujen ja toteutuneiden terveystarkastusten välillä oli noin 7 prosenttiyksikköä.

Useampi kuin joka neljäs terveyskeskus (27 prosenttia) ilmoitti Valviran 2011 kyselyssä, että kouluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden tarkastukset eivät toteutuneet asetuksen mukaisesti kolmen vuoden välein. Vastaava luku TEA perusterveydenhuollossa 2012 -tiedonkeruussa oli noin 39 prosenttia.

Kun verrattiin vuosien 2011 ja 2012 tietoja henkilöstömitoituksen osalta näytti siltä, että osa terveyskeskuksista oli antanut mitoitusten toteutumisesta suositusten mukaisena paremman arvion Valviran 2011 kyselyssä kuin TEA perusterveydenhuollossa 2012 tiedonkeruussa.

Kouluterveydenhuollossa terveydenhoitajamitoitus toteutui noin 83 prosentissa terveyskeskuksista ja lääkärimitoitus noin 36 prosentissa ja molemmat mitoitukset olivat Valviran 2011 kyselyssä kunnossa terveyskeskuksista noin joka kolmannella. Alhaisista henkilöstömitoitustilanteista huolimatta terveyskeskuksista yli 80 prosenttia ilmoitti laajojen terveystarkastusten toteutuvan kouluterveydenhuollossa asetuksen mukaisesti.

Asetuksen toimeenpanoon tarkoitettua korotettua valtionosuutta ilmoitti käyttäneensä asetuksen mukaisen henkilöstön palkkaamiseen hieman yli puolet terveyskeskuksista joko kokonaan tai osittain. 26 prosenttia terveyskeskuksista (41) ei ollut käyttänyt korotettua valtionosuutta henkilöstön palkkaamiseen ja noin joka viides (17 prosenttia) ei tiennyt mihin valtionosuus oli käytetty. (Valvira 2011.)

Aiemmat tehdyt selvitykset (mm. Ståhl & Saaristo 2011, Valvira 2011) ovat osoittaneet, että käsitykset laajojen terveystarkastusten toteuttamistavoista ja sisällöistä ovat vaihdelleet terveyskeskusten välillä. Eri terveyskeskukset ovat myös tulkinneet laajojen terveystarkastusten kriteereitä eri tavoin. Valvovan viranomaisen eli Valviran tekemässä selvityksessä terveydenhoitajan ja lääkärin suorittama määräaikainen terveystarkastus on ehkä

herkemmin tulkittu ja merkitty laajaksi terveystarkastukseksi, vaikka kumpikaan lapsen vanhemmista ei olisikaan ollut mukana tarkastuksessa.

On kuitenkin huomioitava, että kouluterveydenhoitajien henkilöstömitoituksen toteutuminen näyttäisi kohentuneen kuuden vuoden seuranta-ajalla hieman alle 40 prosentista 75 prosenttiin. Erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäripanoksessa jäädään edelleen kauas valtakunnallisesta suositustasosta, vaikka valtakunnallisten suositusten mukaiset henkilöstömitoitukset niin terveydenhoitajien kuin lääkäreiden osalta ovat olleet yksi asetuksen mukaisen toiminnan perusedellytyksistä.

Valtaosassa terveyskeskuksia tarkastusten on ilmoitettu toteutuvan asetuksen edellyttämällä tavalla ja samaan aikaan henkilöstöresursseissa on ilmoitettu olevan suuria puutteita. Raportoituja tuloksia tarkasteltaessa onkin herännyt kysymys, onko henkilöstöresurssit kohdennettu vain laajojen terveystarkastusten toteuttamiseen ja tehdäänkö niitä muiden tehtävien kustannuksella. Jos resurssit ovat riittämättömät, ei ongelmien varhainen tunnistaminen ja nopea tuen järjestäminen todennäköisesti ole mahdollista.

Raportin (Valvira 2011) mukaan aluehallintovirastot ovat käynnistäneet valvontatoimenpiteet omilla alueillaan loppuvuodesta 2012 lähettämällä selvityspyynnöt niihin terveyskeskuksiin, joissa laajojen terveystarkastusten järjestämisessä on ollut TEA perusterveydenhuollossa 2012 kyselyn mukaan puutteita. Selvitystä pyydetään myös osalta niistä terveyskeskuksista, jotka ilmoittivat laajojen terveystarkastusten toteutuvan, mutta joilla joko terveydenhoitajien tai lääkäreiden tai molempien henkilöstömitoitus oli huomattavan alhainen suosituksiin nähden. Täydentävää selvitystä on pyydetty myös terveyskeskuksilta, joiden vastaukset laajojen terveystarkastusten osalta ovat olleet jollakin tavoin puutteellisia.

1.4.4 Suomen Terveydenhoitajaliiton kysely liiton luottamusmiehinä toimiville terveydenhoitajille v. 2011

Suomen Terveydenhoitajaliitto teki lokakuussa 2011 kyselyn neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen toimeenpanon etenemisestä kunnissa. Kyselyssä selvitettiin asetuksen toteutumista asiakkaille suunnattujen palvelujen, henkilöstöresurssien ja henkilöstön täydennyskoulutuksen näkökulmasta. Kyselyn tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin Valviran ja aluehallintoviranomaisten (Valvira, 3/2011) aiemmin samana vuonna tekemässä kyselyssä. Terveydenhoitajaliiton kysely lähetettiin liiton luottamusmiehille

ja vastaukset edustivat yli 50 kuntaa eri puolilta Suomea. Vastaajista puolet ilmoitti, ettei kouluterveydenhuollossa pystytty toteuttamaan asetuksen mukaisia lääkärintarkastuksia, koska lääkäreitä oli kunnassa liian vähän. Asetuksen toimeenpanoon liittyvää lisä- ja täydennyskoulutusta oli kouluterveydenhuollossa järjestetty vain puolelle vastaajista. Resursoinnissa oli suuria puutteita, mutta siitä huolimatta kunnassa edellytettiin asetuksen mukaisen toiminnan toteuttamista. (Ylönen, Leinonen, 2012.)

1.4.5 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastokatsaus 2/2016

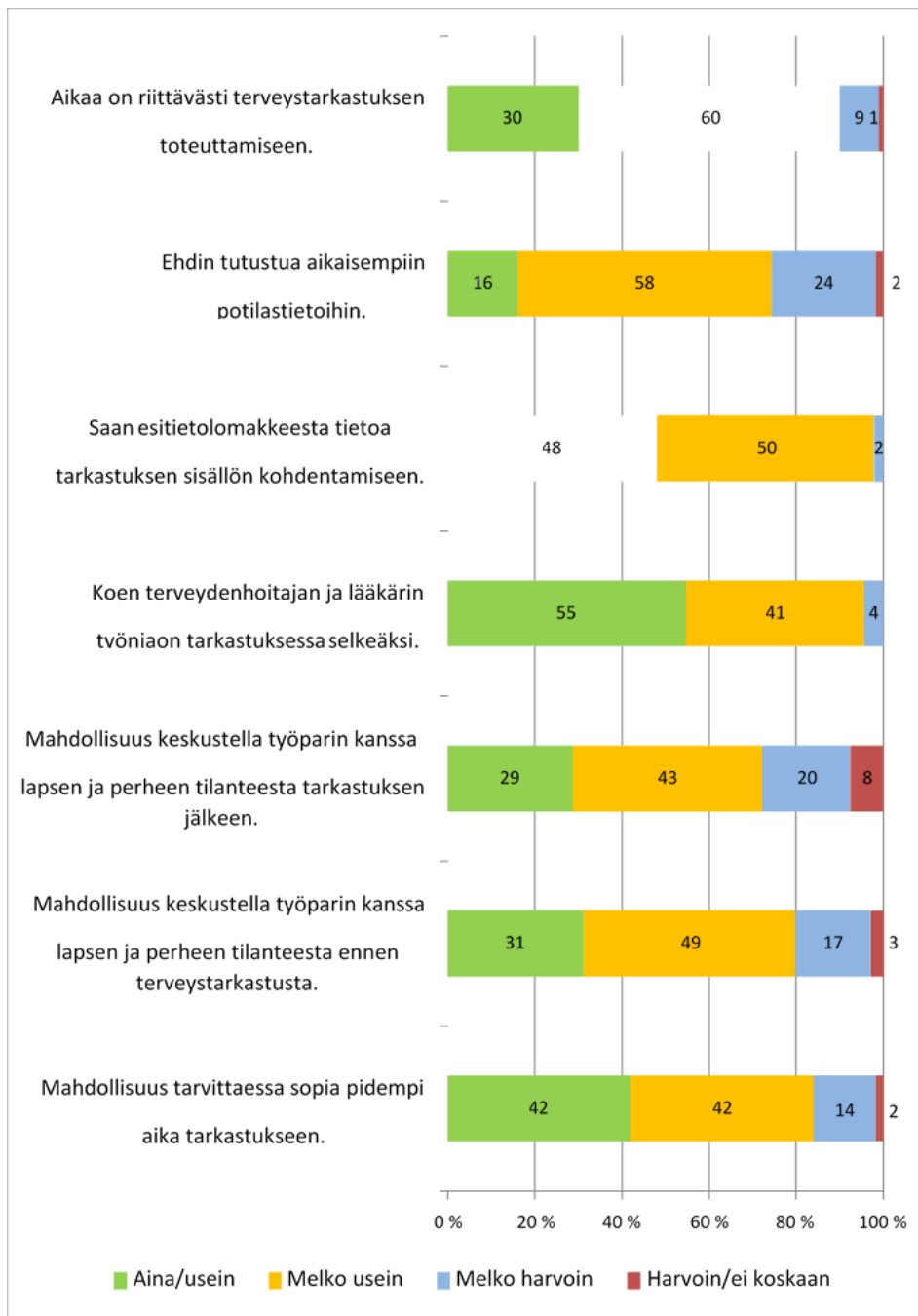
Terveydenedistämisen aktiivisuus on tämän tutkimuksen mukaisesti edennyt kouluissa pääosin myönteisempään suuntaan. Vahvuudeksi on nähty koulujen sitoutuminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja yhteisistä toimintakäytännöistä sopiminen. Koulukohtainen oppilashuoltotyöryhmä kokoontui joka toisessa koulussa vähintään kerran kuukaudessa, mutta toisaalta joka neljännessä koulussa vain kerran lukukaudessa. 84 prosentissa kouluista kouluterveydenhoitaja kuului vakituksena jäsenenä oppilashuoltoryhmän kokoonpanoon, mutta koululääkäri vain 4 prosentissa kouluja. Tarvittaessa lääkäri oli mukana oppilashuoltoryhmän kokouksissa noin joka neljännessä koulussa. Yhteisölliseen oppilashuoltoon käytetty työaika oli melko vähäistä kaikissa ammattiryhmissä ja esim. kouluterveydenhoitajat käyttivät yhteisölliseen oppilashuoltotyöhön keskimäärin 15 prosenttia työajastaan. Selkeää myönteistä kehitystä aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna oli tapahtunut kouluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden tarkastuksissa. Peruskouluista 80 prosenttia ilmoitti, että tarkastus on tehty lain edellyttämällä aikavälillä. Joka kymmenes koulu ei kuitenkaan tiennyt, koska edellinen tarkastus oli tehty ja neljässä prosentissa tarkastusta ei ollut tehty lainkaan. (THL2016.)

1.4.6 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimus ammattilaisten kokemuksista laajojen terveystarkastusten hyödyistä kouluterveydenhuollossa syyskuussa 2017

Tutkimuksessa selvitettiin kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien ja lääkäreiden kokemuksia laajoista terveystarkastuksista. Tiedonkeruu toteutettiin syyskuun 2016 ja helmikuun 2017 välisenä aikana ja vastaajia oli yhteensä 521, joista osa siis koululääkäreitä. Tarkastelun kohteena olivat laajojen terveystarkastusten toteutuminen, työn

edellytykset sekä koetut hyödyt ja haasteet. Tämä kysely poikkesi aiemmin mainituista tutkimuksista siten, että se kohdennettiin juuri kouluterveydenhuollossa työskenteleville lääkäreille ja terveydenhoitajille, ei kunnan tai terveyskeskuksen johdolle. Tutkimuksen mukaan sekä kouluterveydenhoitajat että koululääkärit kokivat laajat terveystarkastukset monin eri tavoin hyödyllisiksi sekä perheille että kouluterveydenhuollon toimijoille.

Kolme neljästä kouluterveydenhuollon toimijasta oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että laajoissa terveystarkastuksissa tulee esiin aiemmin tunnistamattomia vanhempien ja koko perheen tuen tarpeita. Myös perheen tilanteesta sekä lapsen ja vanhempien välisestä vuorovaikutuksesta saatiin hyvä käsitys laajojen terveystarkastusten perusteella. Rungas puolet (62prosenttia) kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista näki, että tuen tarpeet tunnistetaan laajoissa terveystarkastuksissa varhain ja tukea pystytään myös järjestämään perheelle riittävän varhain (55 prosenttia). Lääkäreillä oli näissä kummassakin kysymyksessä vieläkin positiivisempi näkemys asiasta. Yli 70 prosenttia koululääkärinä toimivista lääkäreistä vastasi, että laajat terveystarkastukset mahdollistavat tuen tarpeen varhaisemman tunnistamisen. Kouluterveydenhuollon henkilöstö oli yksimielinen siitä, että vanhemmat suhtautuvat tarkastuksiin myönteisesti ja tarkastukset tiivistivät lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyötä. 69 prosenttia lääkäreistä ja 63 prosenttia terveydenhoitajista näki myös koulun muiden toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön lisääntyneen. Kymmenesosa vastaajista ilmoitti, että laajojen tarkastuksen toteuttamiseen oli vain melko harvoin, harvoin tai ei koskaan riittävästi aikaa. Neljäsosa (26 prosenttia) vastasi, että aikaisempiin potilastietoihin ehtii tutustua vain melko harvoin, harvoin tai ei koskaan. Lääkärin ja terveydenhoitajan työnjako koettiin selkeäksi, mutta osalla oli vain harvoin mahdollisuus keskustella työparin kanssa ennen ja jälkeen tarkastuksen. (THL 2017.)



Kuva 1 Laajojen terveystarkastusten sujuvuuteen vaikuttavien työjärjestelyjen toteutumisen osuudet (%) vastaajien arjen työssä. (THL:n tutkimus ammattilaisten kokemuksista laajojen terveystarkastusten hyödyistä v. 2017)

Vastaajilta tiedusteltiin myös laajojen terveystarkastusten haasteita. Pääasialliseksi haasteeksi nähtiin liian vähäinen aikaresurssi tarkastuksiin, tarkastuksiin liittyvään ajanvaraukseen ja esitietojen keräämiseen. Osa vastaajista ilmoitti vaihtuvat ja ehkäisevään työhön sitoutumattomat lääkärit haasteeksi toiminnan sujuvuudelle ja laadulle. Osa koki haasteelliseksi myös vanhempien saamisen mukaa tarkastuksiin ja vanhemmille sopivien vastaanottoaikojen järjestämisen. Terveystarkastajat ilmoittivat, että nuoret unohtavat tulla vastaanotolle eivätkä aina halua vanhempia mukaan tarkastukseen. Myös ammattilaisen ja oppilaan kahdenkeskisen tapaamisen mahdollistaminen, vanhempien tapaamisen lisäksi, koettiin tärkeäksi. (THL 2017.)

Tarkastuksissa tulee ilmi seuranta- tai jatkoselvittelyä vaativia asioita, joita varten tarvitaan erikseen sovittu lisäkäynti. Kouluterveydenhoitajista yli puolet (64 prosenttia) ilmoitti voivansa järjestää tarvittavan lisäkäynnin aina ja runsas kolmannes (39 prosenttia) melkein aina. Huolimatta siitä, että kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset ovat lakisääteisiä, niitä ei järjestetä täysin kattavasti. Laajaan terveystarkastukseen sisältyy aina sekä terveydenhoitajan että lääkärin tarkastus. Molempien järjestämisessä oli kyselyyn vastanneiden mukaan puutteita lukuvuonna 2015–2016. Tavallisimmin kokonaisuudesta puuttui lääkärin osuus, mutta myös terveydenhoitajien tarkastusten järjestämisessä oli pieniä puutteita.

	Kaikille %	Osalle %	Ei kenellekään %
1 luokka			
terveydenhoitajan tarkastus	98	2	0
lääkärintarkastus	89	10	1
5 luokka			
terveydenhoitajan tarkastus	99	1	0
lääkärintarkastus	95	5	0
8 luokka			
terveydenhoitajan tarkastus	94	6	0
lääkärintarkastus	89	11	0

Kuva 2. Laajaan terveystarkastukseen sisältyvien terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastusten järjestäminen kouluvuonna 2015 – 2016 vastaajien osuuksina (%). (THL:n tutkimus ammattilaisten kokemuksista laajojen terveystarkastusten hyödyistä v. 2017)

Mikäli koko ikäluokan tarkastuksissa jää tarkastamatta 10 prosenttia oppilaista, tarkoittaa se n. 6000 tapaamatta jäänyttä lasta ja perhettä. (THL 2017.)

1.4.7 Perusterveydenhuollon perustaulukot TEA – viisari 2018

Vuonna 2018 tehdystä kyselystä käy ilmi, että 88 prosentissa kunnista on terveyskeskus tuottanut kunnanvaltuustoille tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksen mukaan oppilaita yhtä koko-aikaista terveydenhoitajaa kohden oli koko maassa 468,9 (keskiluku), alakvartiilin ollessa 409,1 ja yläkvartiilin 540,2. Edellä mainituilla oppilasmäärillä kouluterveydenhoitajien terveydenhoitajamitoitus suositellusta prosentteina oli koko maan osalta 128% ja kouluterveydenhoitajamitoitus toteutui tämän tutkimuksen mukaan 88 prosentissa kunnista. Sen sijaan kouluterveydenhuollon lääkärimitoitus koko maassa prosentteina suositellusta oli 53,8 (keskiluku) ja kouluterveydenhuollon lääkärimitoitus toteutui ainoastaan 8 prosentissa kunnista. Lisäksi on huomioitava, että henkilöstöresursseihin vaikuttaa mm. maahanmuuttajataustaisten sekä ulkomaalaisten oppilaiden määrä. Tämä oli lukuvuonna 2017-2018 huomioitu koko maassa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstön työpanoksen jakamisessa eri kouluihin ja oppilaitoksiin vain 55 prosentissa kunnista. Erityistä tukea vaativien oppilaiden määrä oli huomioitu 68 prosentissa kunnista ja koulujen tai oppilaitosten lukumäärä yhtä työntekijää kohden 86 prosentissa kunnista. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstöresurssien tarpeeseen vaikuttavat psykologitoiminnan voimavarat oli huomioitu 65 prosentissa kunnista ja kuraattoritoiminnan voimavarat 61 prosentissa kunnista. 54 prosentissa kunnista on kouluterveydenhuollossa olemassa kirjattu yhteinen käytäntö, miten selvitetään määräaikaistarkastuksista poisjäävien poisjäännin syy ja mahdollinen tuen tarve. 43 prosentissa kunnista on tietyt yhteiset periaatteet, mutta ei kirjallista toimintamallia. 63 prosenttia kunnista ilmoitti, että kouluterveydenhuollon terveystarkastusten ajankohta ja sisältö on nähtävissä terveyskeskuksen tai kunnan verkkosivuilla ja 37 prosenttia vastasi, että vuosina 2016-2017 oli kouluterveydenhuollon oppilaille toteutettu erillinen asiakaspalvelukysely. Vanhemmille vastaavan kyselyn ilmoitti tehneensä 26 prosenttia kunnista. (THL 2018.)

80 prosenttia kunnista ilmoitti, että terveydenhoitajan tekemiä määräaikaistarkastuksia tehdään vuoden 2018 toimintasuunnitelman mukaisesti, luokkien 1-9 aikana oppilaille 9 kpl. 5% ilmoitti, että määräaikaistarkastuksia tehdään vastaavana aikana 6 tai 7 kpl. 5 prosenttia kunnista ilmoitti, että määräaikaistarkastuksia tehdään 5 tai vähemmän ja 9 prosenttia puolestaan ilmoitti, että määräaikaistarkastuksia tehdään 10 tai enemmän. 90 prosenttia

kunnista vastasi, että määräaikaiset tarkastukset ovat kyseisenä ajankohtana asetuksen mukaisella taholla.

87 prosenttia kunnista vastasi, että peruskouluissa koulujen terveydellisten olojen tarkastus on tehty joka kolmas vuosi tai useammin, puutteiden korjaamista taas seurattiin 34 prosentissa kunnista harvemmin kuin vuosittain. 30 prosenttia kunnista ilmoitti, että terveyskeskus ei ollut sopinut erikoissairaanhoidon jalkautumisesta lapsiperheiden perustason palveluiden tueksi. (THL 2018.)

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY LAKIEN JA KIRJALLISUUSKATSAUKSEN POHJALTA

2.1 Normiohjaus

Normiohjaus eli lakien, päätösten ja asetusten kautta tapahtuva ohjaus on valtion keino ohjata kuntia niiden lakisääteisissä tehtävissä ja lainsäädäntöä muuttamalla on mahdollista uudistaa myös kuntien palvelujärjestelmiä. Viralliset normit eli oikeusnormit ovat pysyväisluonteisia ohjaussääntöjä, joiden noudattamista valvotaan. (Ahlsted, Jahnukainen, Vartola 1983; Laitinen 2002, 96- 98.)

Oikeusnormit voidaan erottaa muusta normistosta käyttäen kahta erottelukriteeriä. Oikeusnormeihin liittyy erityinen sanktio normien noudattamatta jättämisestä ja oikeusnormeilla on erityinen lähde eli asettaja. (Husa, Pohjalainen 2008, 4.) Oikeusnormit liittyvät myös suoraan tai välillisesti viranomaisvallan käyttöön ja niille on luonteenomaista se, että normit koskevat kaikkia, jotka ovat niiden soveltamisalan piirissä. (Aarnio 1989, 62 -64.)

2.2 Toimeenpano

Toimeenpanoa (implementaatio) on määritelty usealla tavalla. Suomi- sanakirjan mukaan implementointi ymmärretään toteuttamisena, käyttöönottona, täytäntöönpanona ja toimeenpanona. Toimeenpano taas voidaan nähdä vuorovaikutuksena päämääränä olevien olosuhteiden ja tavoitteen saavuttamiseen tarvittavien toimintojen välillä (Pressman, Wildavsky 1984, xxiii). Implementaatiolla tarkoitetaan myös toivottujen ja haluttujen muutosten toteuttamista, jolloin korostuu toimeenpanoon sijoitettujen panosten ja toimintapolitiikan vaikutusten välinen suhde (Dunsire 1978, Hietaniemi - Virtasen 2002: 45 mukaan).

Mazmanian ja Sabatier (1989) määrittelevät implementoinnin toimenpiteisiin ja tehtäviin, jotka tapahtuvat julkisten politiikkaohjelmien tai strategioiden julkaisun jälkeen. Nämä

politiikkaohjelmat sisältävät pyrkimyksen hallinnoida ja vaikuttaa tavoitteellisesti ihmisiin tai ilmiöihin. Heidän mukaansa määritelmän keskiössä ovat todelliset ja havaitut vaikutukset. Mazmanian ja Sabatier (1989, 41- 42) ovat määrittäneet myös kuusi onnistuneen toimeenpanon tunnusmerkkiä. Heidän näkemyksensä mukaan onnistumiselle asetettuja toteutumisehtoja ovat: 1. Säännös on selkeä ja johdonmukainen, 2. Päämäärät ja tavoitteet yhdistävä syy- seuraus teoria on oltava olemassa ja sen on annettava toimeenpaneville virkamiehille riittävä toimivalta kohderyhmiin nähden, 3. Säädös rakentaa toimeenpanoprosessia niin, että sen avulla voidaan vaikuttaa toimijoiden käyttäytymiseen toivotulla tavalla, 4. Toimeenpanevan organisaation esim. viraston johdolla on poliittista kykyä, johtamistaitoa ja lisäksi heidän tulee olla sitoutuneita asetettuihin tavoitteisiin, 5. Organisoidut ryhmät ja avainhenkilöt tukevat aktiivisesti politiikkaohjelmaa ja 6. Tavoitteiden tärkeysjärjestystä ei rapauteta kilpailevilla toimintapolitiikoilla ja ympäröivät olosuhteet eivät muutu siten, että säännöksen kausaalinen teoria tai poliittinen tuki heikentyvät.

Virtasen (1994, 256) näkemys implementaatiotutkimuksen viitekehyksestä on seuraava: ”Kun toimintapolitiikan implementaatiota tarkastellaan osana ylipäättänsä muodolliseen organisaatioon sisältyvää hallinnollista toimintaa, saa implementaation käsite seuraavan sisällön. Implementaatio tarkoittaa poliittisen toiminnan kautta muotoillun ja hyväksytyyn toimintapolitiikan toteuttamista vaikuttamalla hallinnollisen toiminnan kautta organisaation operatiiviseen toimintaan ja sitä kautta edelleen organisaation ympäristöön, jossa toimintapolitiikan tulokset syntyvät.” Lane (2000, 98) puolestaan näkee toimeenpanon sekä poliittisten päätösten täytäntöön- että toimeenpano prosessina.

Omassa tutkielmassani käytän käsitteellisesti samassa merkityksessä sekä implementaation että toimeenpanon käsitettä.

2.3 Asetus

Suomessa oikeusjärjestys pohjautuu neljän tasoihin annettuihin säädöksiin, jotka ovat perustuslaki, lait, asetukset ja viranomaisten antamat määräykset. Asetus on siis lakia täsmentävä tai täydentävä säädös, joka annetaan aina lain antaman asetuksenantovaltuutuksen nojalla. Ylemmän tason säädöksen kanssa ristiriidassa olevaa alemman tasoista säädöstä ei voida soveltaa, ja siksi valtuutussäädöksissä määritellään alemman säädöksen ala siten, että ristiriitaa ei pääse syntymään. (L 731/1999, 6. LUKU, 80§.)

3 NORMIOHJAUKSEN TOIMEENPANON TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Julkinen sääntely Suomessa – lainvalmistelu

Lainsäädäntö on oikeusvaltioperiaatteen mukaisesti keskeinen julkisen vallankäytön väline. (Jyränki, 1994, 137.) Suomessa lainsäädäntövalta kuuluu eduskunnalle. Lainsäädännöllä tarkoitetaan sitovia, julkisen vallan asettamia, eriasteisia normeja kuten lakeja, asetuksia, määräyksiä ja muita ohjeita. Edellä mainittujen normien avulla julkinen valta ohjaa viranomaisten toimintaa ja kyseessä on siis julkinen sääntely. Lakiehdotus tai aloite voi tulla valtioneuvoston esityksestä tai yksittäisen kansanedustajan tekemänä lakialoitteena. Eduskunnassa lakiehdotus etenee ensin lähetekeskusteluun ja sen jälkeen jonkin erikoisvaliokunnan käsiteltäväksi. Säädösten valmistelutyötä tehdään tarpeen mukaan perustettavissa työryhmissä ja asiantuntijoilta pyydetään lakialoitetta koskevia lausuntoja. Eduskunnassa lakiehdotus etenee kahdessa käsittelyvaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa esitellään valiokunnan lakialoitteesta antama mietintö ja käydään aloitetta koskeva yleiskeskustelu. Aloite voidaan tarvittaessa lähettää myös suuren valiokunnan käsiteltäväksi. Tämän jälkeen päätetään lakiehdotuksen sisällöstä. Eduskunnan toisessa käsittelyssä päätetään lakiehdotuksen hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Ennen lain voimaantuloa lakiehdotus esitellään vielä tasavallan presidentille, joka päättää lain vahvistamisesta. (PEL 80 §.)

Lainsäädäntövaltaa on Suomessa siirretty asetustasolle, jotta joustavampi reagointi yhteiskunnan muuttuviin tilanteisiin olisi mahdollista. Asetus määrittelee yleensä tarkemmin lain soveltamiseen liittyviä näkökohtia. Ellei asetuksen antajaa ole erikseen määritelty, sen antaa maan hallitus. Asetuksia voivat antaa myös ministeriöt ja presidentti. Ministeriöiden antamat asetukset käsittelevät yleensä niiden omaa toimialaa koskevia määräyksiä. Asetukset siis tarkentavat lakia, mutta eivät voi muuttaa lain sisältöä. (L 731/1999, 6. luku, 80 §.)

Parker ym. (2004, 1-2) on määritellyt, että sääntely on käyttäytymistä tai toimintaa koskevien sääntöjen asettamista ja niiden noudattamisen valvontaa. Se on myös mekanismi, jonka avulla sääntelyn kohde saadaan noudattamaan sääntöjä. Paremmen sääntelyn toimintaohjelmassa

määritellään seuraavat kahdeksan yleistä ”lainsäädäntöperiaatetta” (valtioneuvoston kanslia 2006, 160- 163): 1) Säädösvalmistelun ja lainsäädännön tulee olla ennakoitavaa ja avointa. Sidosryhmien osallistuminen ja vaikutusmahdollisuudet on turvattava. 2) Sääntelyn on oltava hallittavaa ja ymmärrettävää. 3) Lainsäädännön on oltava sisällöltään joustavaa ja soveltamisalaltaan selkeää. 4) Sääntelyn on edistettävä oikeusvarmuutta ja luottamusta. 5) Lainsäädännön tulee johtaa tarkoitettuihin vaikutuksiin. 6) Suhteellisuuden tulee toteutua toimijoiden velvoitteissa ja viranomaisvalvonnassa nykyistä laajemmin. 7) Sääntelyn eri osa-alueiden on vaikutettava toisiinsa johdonmukaisella tavalla. 8) Sääntely ei saa olla itsetarkoituksellista ja muita ohjauskeinoja tulee käyttää aktiivisesti.

Tässä työssä käsiteltävän, kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen on antanut Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävä on johtaa ja ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa. Se määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan yleiset suuntaviivat, valmistelee sitä koskevan lainsäädännön sekä ohjaa lainsäädännön toteuttamista. Poliitiikan merkittävä rooli näkyy siinä, että ministeriöiden tavoite- ja toimintaohjelmat hyväksytään hallituskaudeksi kerrallaan ja kyseisen toimintaohjelman pohjalta muotoutuvat julkisen sääntelyn tavoitteet ja painopistealueet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 1-2.)

Kuntalaissa taas määritellään, että kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueellaan. Kunnallisen itsehallinnon nojalla kunta hoitaa itselleen ottamat ja kunnalle laissa säädetyt tehtävät. Laissa säädetyt tehtävät voi kunta hoitaa joko itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia ne muilta palvelujen tuottajilta. (L365/1999, 1§ 3 mom, 2§ 2-3 mom). Sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemä palvelujen järjestämisvastuu tarkoittaa oikeudellista vastuuta siitä, että laissa säädetyt palvelut kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutetaan. Palvelujen järjestäjänä kunta määrittelee palveluiden tarpeen ja vastaa niiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta sekä seuraa palvelujen tuottamista, laatua ja vaikuttavuutta. (L 733/1992; L1326/2010; Rissanen & Lammintakanen 2012, 22)

3.2 Sääntelyn vaihtoehdot

Ryynänen (2005, 32) on väitöskirjassaan määritellyt *julkisen sääntelyn keinoksi, jolla säännellään, ohjataan ja valvotaan yhteiskunnan eri toimijoiden käyttäytymistä ja niiden välisiä suhteita toisiinsa tiettyjen tavoitteiden saavuttamiseksi.*

Sääntelyllä pyritään täsmällisyyteen ja perinteisesti julkisen sääntelyn tehtävä on ylläpitää yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Perinteisen sääntelyn rinnalle on kuitenkin kehittynyt ns. moderni sääntely, joka toimii suunnitelmallisesti ja on luonteeltaan tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista. Modernin sääntelyn tehtävänä on tukea julkista palvelua ja siksi sitä voidaan kutsua palvelusääntelyksi. Toinen modernin sääntelyn tehtävä on taloudellisen tuen sääntely ja kolmas sääntelypolitiikka, jossa sääntely nähdään työkaluna poliittisten tavoitteiden toteuttamiseen. (Harisalo ym. 2007, 137- 139.)

Sääntelystrategiaa ja sääntelykeinoja koskevaa erittelyä on pyritty hyödyntämään jo säädösten valmisteluvaiheessa. Sääntelystrategiaa koskevilla vaihtoehdoilla tarkoitetaan koko sitä lähestymistapaa, jolla julkinen toimija suhtautuu kyseessä olevaan sääntelykysymykseen. Sääntelystrategiaksi luetaan myös oikeudellisen sääntelyn keskeisiä ratkaisuja koskevat valinnat. Valinta voi koskea esimerkiksi sitä, millaisen mallin mukaan säännösten toimeenpano järjestetään. Sääntelykeinoja koskevat vaihtoehdot taas koskevat lainvalmistelutyössä tehtäviä sisällöllisiä valintoja, kuten säännöksen sisältöä, soveltamisalaa, sääntelytarkkuutta, valvontamekanismeja ja mahdollisia sanktioita, jos säännöksiä ei noudateta. (Tala 2012, 7.)

Sääntelyn muotoja ovat (Meierin 1985, 1-2) mukaan hintasääntely, toimiluvan antaminen tai lisensointi, standardien asettaminen, resurssien jakaminen, tuet ja avustukset sekä oikeudenmukaisen kilpailun edistäminen. Sääntelyn tavoite on aina kuitenkin sama eli vaikuttaa määrätyn kohteen toimijoiden, esim. julkishallinnon viranomaisten toimintaan. Sääntelyn kautta asetetut standardit voivat olla suoritusstandardeja tai tekniikkastandardeja, joista suoritusstandardi kuvaa tavoiteltavaa päämäärää ja tekniikkastandardi ilmaisee keinon, jolla tavoite voidaan saavuttaa. (Meier 1985, 1.) Alan kirjallisuudessa perinteisiä sääntelytapoja kutsutaan usein klassiseksi sääntelyksi tai komentosääntelyksi, jos kyseessä on yritystoimintaan liittyvä sääntely. Edellä mainituille sääntelytavoille tunnusomaisia ovat yleensä erilaiset velvoitteet tai vähimmäisvaatimukset sekä sanktiot sääntöjen rikkomisen varalta. Oikeudellista sääntelyä on luokiteltu myös sääntelyn kohteen ja häneen ulottuvan vaikutusmekanismin perusteella. Sääntely voi olla kohdetahoa määräävää, kuten edellä mainittu klassinen tai

komentosäätely tai eri käyttäytymisvaihtoehtoja ja -valintoja kohdetahoille avaavaa säätelyä. Kolmantena säätelyn muotona on mainittu uusia toimintamahdollisuuksia säätelyn kohteille luova säätely. (Tala 2012, 4-5.)

Pohdittaessa lainvalmistelun laadun parantamista ja säätelyn tulevaisuutta on keskusteluun nostettu myös erilaiset lainsäädännön vaihtoehdot. Vaihtoehdot on jaettu aitoihin, oikeusjärjestelmän ulkopuolisiin malleihin, joita ovat itsensäätely, suostuttelu ja tiedottaminen sekä sisäisiin vaihtoehtoihin, joita ovat määräaikainen lainsäädäntö ja taloudelliset kannustimet. (Tala 2005, 18.) Näiden uusien säätelymuotojen etuina on usein nähty sääntöjen parempi joustavuus sekä korkeatasoinen asiantuntemus sääntöjen laadinnassa. On myös tuotu esiin, että osallistuminen sääntöjen laadintaan sekä niiden toimeenpanoon synnyttää omistusoikeuden tunteen ja tiiviimmän siteen itse säätelyyn. Toisaalta säätelyn uusien muotojen ongelmina on nähty säätelyn puutteellinen kattavuus ja siitä johtuva tehottomuus sekä sanktioinnin heikkouksiin liittyvät ongelmat. (Keinänen 2014, Talan 2005 mukaan.)

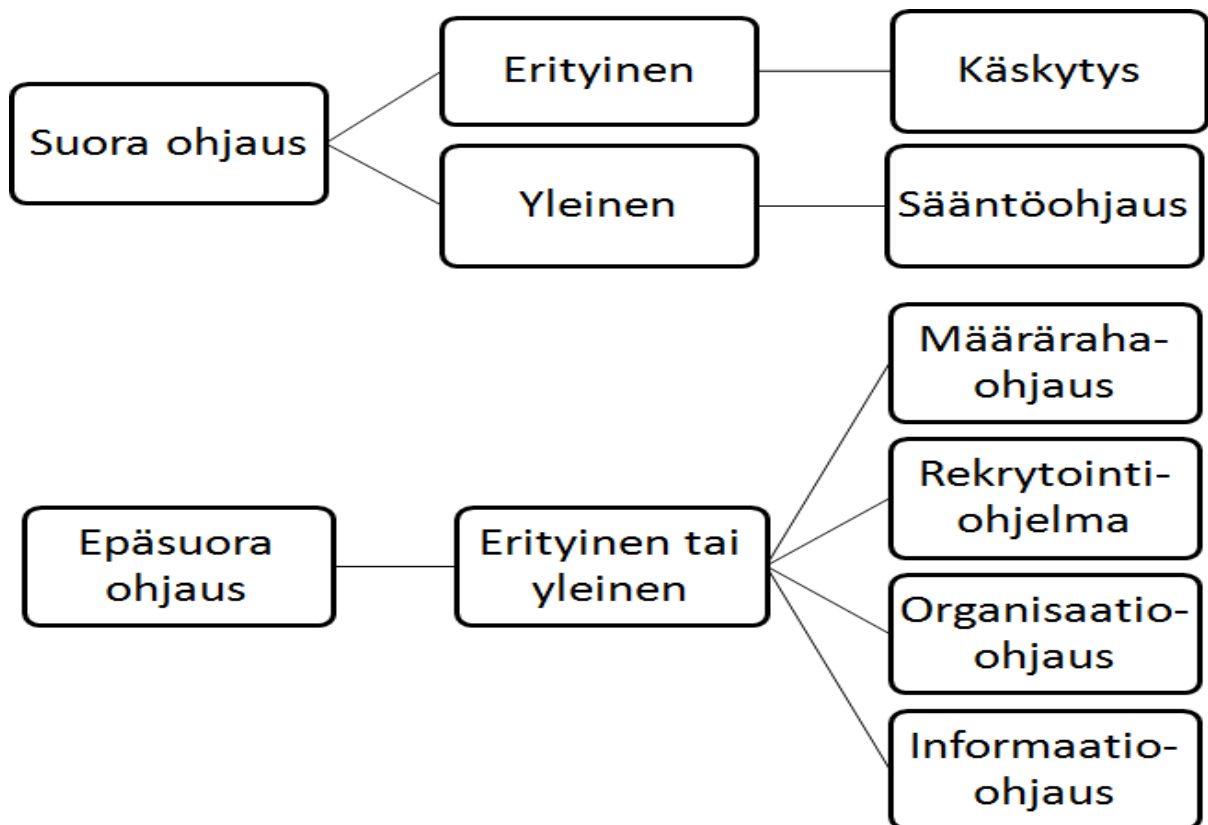
3.3 Säätelyn myytit

Säätelyyn on nähty liittyvän myös erilaisia myyttejä, joista Meier (1985, 4-7) mainitsee seuraavat neljä. Säätelyn ensisijaisena päämääränä on nähty tehokkuus, vaikka todellisuudessa säätelyllä voi olla lukuisia muitakin päämääriä. Tässä työssä esitellyn, kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen päämääränä on varmistaa asiakkaille valtakunnallisesti sekä laadullisesti että palvelutasoltaan yhdenvertaiset palvelut. Näin halutaan torjua syrjäytymistä ja kaventaa kasvavia terveyseroja maassamme. On myös väitetty, että säätelyn kohde hallitsee säätelijää ja vaikuttaa näin oleellisesti itse säätelyyn. Toimivalla vuorovaikutuksella ja viestinnällä, sekä säätelyn kohteelta säätelijälle että päinvastoin, on oman käytännön kokemuksenikin mukaan merkitystä säädösten toimeenpanoon, mutta kyseessä ei kuitenkaan tarvitse olla edellä mainitun kaltainen hallinta. Kolmas myytti on, että säätely ei enää olisi kansalaisten tai heidän valitsemiensa edustajien kontrollissa eikä säätelyllä pystyittäisi saavuttamaan sille asetettuja tavoitteita.

3.4 Säästösten toimeenpanoon liittyvä ohjaus

Toimeenpanoon liittyy läheisesti myös ohjauksen käsite. Ahlstedtin, Jahnukaisen ja Vartolan (1983, 49) mukaan sillä tarkoitetaan toiminnan suuntaamista välittömästi tai välillisesti laadun ja määrän osalta sillä tavoin, että saavutetaan toivottu lopputulos. Ohjaus sisältää sekä ohjausjärjestelmän että ohjauksen välineet, joita ovat mm. informaatio ja talousarvio. Toimeenpano taas nähdään osana ohjausjärjestelmää, jonka muut osat ovat suunnittelu, päätöksenteko ja seuranta. (Karila 1998, 22.) Ohjausvälineet voivat olla luonteeltaan positiivisia, kuten avustukset, tai negatiivisia, kuten verot ja maksut. Informaation käyttö ohjauskeinona koetaan yleensä positiiviseksi. Kaikkein määräävin ohjauskeino on sääntely, jossa ohjaus perustuu oikeusnormeihin, esim. lakeihin ja asetuksiin. (Vedung 1998: 40 -44; Oulasvirran, Ohtosen & Stenvallin 2002: 23–29 mukaan.)

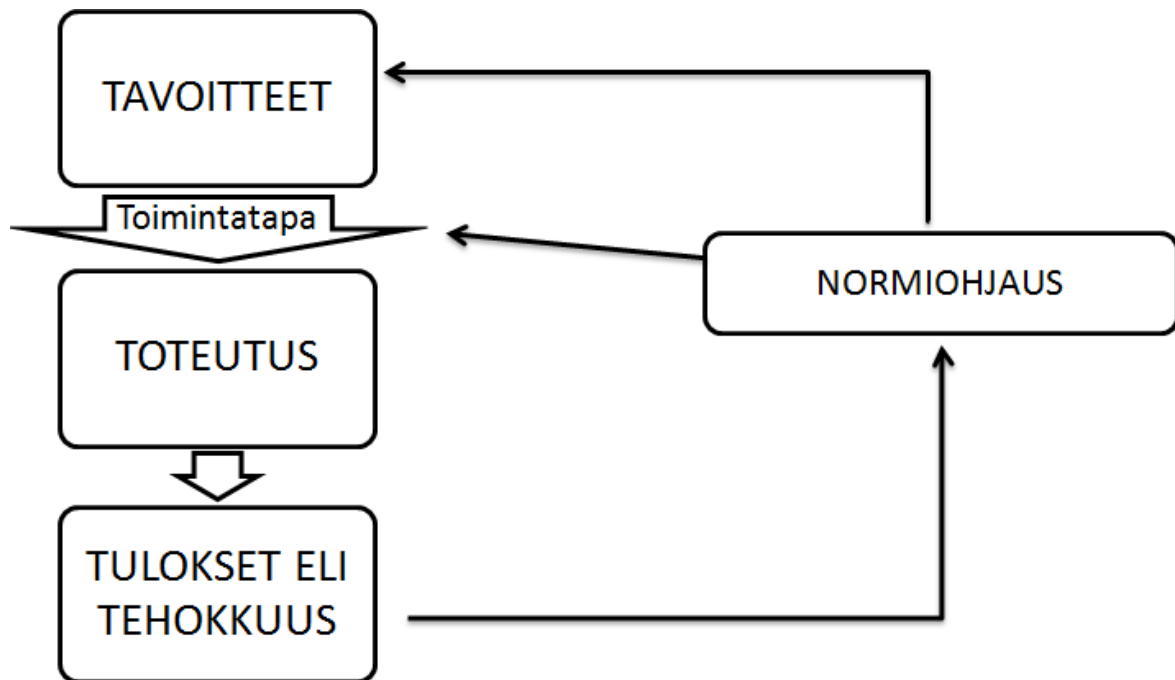
Vedung (2000, 127- 130) jakaakin ohjauksen kolmeen luokkaan, jotka ovat sääntely eli normiohjaus, taloudelliset keinot ja informaatio. Sääntely voidaan jakaa vielä positiiviseen ja negatiiviseen sääntelyyn, joista positiivinen sääntely tarkoittaa määräyksiä ja ohjeita ja negatiivinen sääntely kieltoja. Valtion taholta tuleva ohjaus voidaan jakaa ruotsalaisen Lennart Lundquistin (1972) hallinnon ohjausmallin (kuvio 1) mukaan suoraan käskytyks- ja sääntöohjaukseen sekä epäsuoraan määräraha -, rekrytointi -, organisaatio- ja informaatio-ohjaukseen.



Kuva 3. Hallinnon ohjausmuodot (Lundquist, 1972)

Ohjaus voidaan käsittää myös menettelynä, jolla valtion taholta varmistetaan palveluita koskevan lainsäädännön ja muun normiston toteutuminen. Tämä näkemys lähestyy valvontaa, jota varten valtiolla on myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle omat toimivaltaiset elimensä, esimerkiksi Valvira ja aluehallintoviranomaiset. Nykyisin THL eli Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, aiemmin Stakes eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, osallistuu Suomessa valtakunnallisesti hyväksytyjen sosiaali- ja terveydenhuollon linjausten toteuttamiseen. Silloin kyse on juuri ”ylhäältä alas” tapahtuvasta informaatio-ohjauksesta, jolla annetut säädökset pyritään saamaan toimiviksi käytänteiksi. Edellä mainittu ”ylhäältä alas” informaatio-ohjaus edellyttää kuitenkin ajankohtaista tietoa niistä olosuhteista, resursseista ja mahdollisista ongelmista, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä vaikuttavat säädösten toimeenpanoon. (Uusitalo, 1999, 1-2.)

Julkisen toiminnan tavoitteiden, toteutuksen, tulosten ja normiohjauksen välistä suhdetta kuvaa seuraava kuvio 2.



Kuva 4. Tavoitteiden, toteutuksen ja normiohjauksen välinen suhde (Sjöblom, 1990)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus onkin nykyisin painottunut normi- ja resurssiohjauksesta informaatio- ja asiakasohjauksen suuntaan. Lainsäädäntö edustaa normiohjausta ja resurssiohjaukseksi voidaan kutsua esimerkiksi säädösten toteuttamista varten kunnille myönnettyä valtionapua. Asiakasohjauksella pyritään asiakkaiden aseman ja oikeuksien sekä palveluiden laadun korostamiseen. Asiakasohjauksen perustana ovat yleensä asiakaspalautejärjestelmät, joiden perusteella voidaan kuntalaisten kokemuksia hyödyntää julkisten palveluiden kehittämisessä. Informaatio- ohjaus puolestaan perustuu tutkittuun tietoon ja sen pohjana ovat erilaiset tilastot ja rekisterit sekä uusin tutkimustieto. Informaatio-ohjauksessa korostuu ohjauksen kaksisuuntaisuus. Kuntatasolla syntyvä tieto välittyy valtakunnalliselle tasolle ja ohjaa sen toimintaa ja päinvastoin. (Uusitalo, 1999, 6-7.)

Valtion vahvuutena ohjaussuhteessa on laaja valtakunnallinen asiantuntemus. Kuntien vahvuutena taas ovat omat koulutetut ammattilaiset, paikalliset tilastot, arkityön tuomat kokemukset sekä kansalaisten kysynnän ja mielipiteiden tuntemus. Edellä mainittujen

tekijöiden ja valtiolta tulevan ohjauksen pohjalta kunta rakentaa omaa toimintaansa. Tasapainoinen toimintojen kehittäminen kuntatasolla edellyttää yleensä sekä informaatio- että normiohjausta. Kokemuksen mukaan tiukalla normiohjauksella voidaan tehokkaasti toteuttaa uudistuksia, mutta toisaalta normit eivät tue paikallisista olosuhteista lähteviä innovaatioita. Normit saattavat myös tehdä toiminnasta kaavamaisista vaikka ongelmat vaihtelevat alueittain. Pelkkään informaatio-ohjaukseen pohjautuva toiminta ei välttämättä rakennu valtakunnallisten prioriteettien mukaisesti eikä edes kunnan oman talouden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla, koska ohjaustapahtumaan vaikuttavat prosessit, joita kuntatasolla on vaikea hallita. Lisäksi resurssiohjaukseen eli kuntatasolla valtiosuuksiin mahdollisesti liittyvä ohjausvaikutus toimii erillään sisällöllisestä ohjauksesta. Sisällöllinen ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle ja valtiosuusasiat taas valtiovarainministeriön toimialueeseen. Terveyden edistämässä normiohjauksen merkitys kuitenkin korostuu, koska kunnat lähtevät siitä, että lakisääteiset tehtävät on pyrittävä hoitamaan. (Ståhl ym.,2010, Melkaksen 2010, 46 - 53 mukaan.)

3.5 Sääntelyn toimeenpano

3.5.1 Toimeenpanotutkimus, toimintapolitiikka ja toimeenpanoteorioiden kehitys

Toimeenpanoteorian taustalla on jo 1880-luvulla vaikuttanut Wilson Woodrow. Hän esitti klassisen teorian politiikan ja hallinnon erottamisesta. Wilsonin näkemyksen mukaan politiikkojen tehtävänä oli määritellä toimintapolitiikka ja hallinnon vastuulle kuului toimeenpano. (Wilson 1992).

Toimeenpanotutkimukseen liittyy siis läheisesti myös policy- termi, jonka suomenkielinen vastine on lähinnä toimintapolitiikka. Poliittisen prosessin (politics) seurauksena muodostuu toimintapolitiikka (policy) ja toimintapolitiikkaa seuraa toimeenpano. (Junnila 2008, 57–58). Toimintapolitiikan ja toimeenpanon välinen suhde on tärkeä, koska kyseisen suhteen toiminen takaa tavoitteiden tehokkaamman saavuttamisen. Toimeenpano on toimenpiteiden sarja ja klassisessa hierarkiassa toimenpiteet etenevät delegoiden ylemmältä tasolta alemmalle usein toimintavapauden samalla kaventuessa. (Junnila 2008, 59).

Toimintavapauden näkökulmasta toimeenpanossa on nähty olevan kolme ns. perusmallia. Nämä mallit on jaoteltu kontrollimalliin, vuorovaikutusmalliin sekä kehitysmalliin. Kontrollimallissa (implementation as control) on kyse siitä, että hallinto pyrkii mekaanisesti ja automaattisesti tehostamaan tavoitteiden saavuttamista. Kyseinen mallin koostuu tiukoista päämääristä ja on luonteeltaan ns. ylhäältä alas toteutuva malli. (Junnila 2008, 60).

Toinen on vuorovaikutusmalli (implementation as interaction), jossa toimeenpano nähdään rutiininomaisena sekä itsetarkoituksena. Toimintapolitiikkaa ja tavoitteita ei nähdä erityisen tärkeiksi, mutta tärkeää on se, että toimeenpano tyydyttää osallistujien sosiaalisia ja psykologisia tarpeita. (Junnila 2008, 60).

Kolmas eli ns. kehitysmalli (implementation as evolution) korostaa tavoitteiden muodostuksen ja toimeenpanon välistä vuorovaikutussuhdetta. Mallin mukaan vasta toimeenpanossa määräytyvät tavoitteet ja niiden toteutuminen. Kyseinen yhdistelmämalli vastaa alhaalta ylös -lähestymistapaa ja sen toimeenpanoprosessiin liittyy tiivis yhteistyö päätöksentekijöiden ja toimeenpanijoiden välillä. (Junnila 2008, 60).

Toimeenpanoteorian pohjana oleva tutkimussuuntaus nimettiin 1970-luvulla toimeenpanotutkimukseksi. Vuonna 1973 Pressman ja Wildavsky tekivät tutkimuksen vähemmistöryhmien työllistämistä varten laaditun toimintapolitiikan toimeenpanosta Yhdysvalloissa, ja erityisesti tätä tutkimusta on pidetty julkishallinnollisen toimeenpanotutkimuksen klassikkona. Kysymyksessä on tapaustutkimus, joka tarkasteli taloudellisen kehittämisohjelman toteutusta. Tutkimuksessa käsiteltiin julkisen hallinnon eri tasoilla olevien organisaatioiden (valtion, osavaltion, paikallistason) yhteistyötä ja tarkastelun kohteena oli erityisesti viranomaisten kyky kehittää ja ohjata virkamiestensä käyttäytymistä. Laajasta työllistämishjelmasta huolimatta työttömien työllistäminen tavoitteiden mukaisesti epäonnistui, ja tutkijat päätyivät johtopäätökseen, joka asetti kyseenalaiseksi hallinnon kyvyn julkisten toimintaohjelmien tehokkaaseen toimeenpanoon. Tutkimus osoitti sen, kuinka olennainen osa taloudellisen kehittämisohjelman toteutusta toimeenpano oli. (Pressman & Wildavsky, 1984.) Toimintaohjelmien epäonnistuminen johti siihen, että toimeenpanotutkimus ryhtyi tutkimaan epäonnistumisten syitä. Havaittiin, että poliittiset päättäjät eivät kyenneet ohjaamaan ja kontrolloimaan laajan asiantuntemuksen omaavia viranhaltijoita. (Sabatier 1986, 313.) Selkeistä tavoitteista, keskitetystä ohjauksesta ja riittävästä resursseista huolimatta toimeenpanovaiheessa ilmenneet ongelmat saattavat estää tavoitteiden saavuttamisen. Näin julkisia toimintoja ohjaavan säädöksen tai tietyn yhteiskunnallisen tehtävän toimeenpano voi

vaihdella jopa saman maan eri osissa. (Ahonen 1985, 113 -114.) Implementaatiotutkimuksen kehityksessä on nähtävissä kolme eri lähestymistapaa: ylhäältä alas (top-down approach) ja alhaalta ylös (bottom -up approach), joita pidetään toisiaan täydentävinä, sekä lisäksi näiden kahden lähestymistavan sekamuoto. (Leskinen 2001, 87.)

Ensimmäisen eli ylhäältä alas -lähestymistavan esittivät vuonna 1975 Donald van Meter ja Carl von Horn. Ylhäältä alas -lähestymistavan tutkimuskohteena on usein jokin hierarkkisesti ylemmällä tasolla annetun toimintaohjelman toteuttaminen hierarkian alemmilla tasoilla (Leskinen 2001). Tämä malli sisältää kuusi eri tekijää, jotka vaikuttavat toimintapolitiikan ja sen onnistuneen toimeenpanon väliseen ketjuun. Nämä tekijät ovat 1) toimintapolitiikan normit ja tavoitteet, 2) resurssit, 3) taloudelliset ja sosiaaliset sekä poliittiset olosuhteet, 4) toimeenpanijoiden ominaisuudet, 5) organisaatioiden välinen vuorovaikutus ja toimeenpanon tuki, seuranta ja jatkotoimenpiteet sekä 6) toimeenpanevien viranomaisten halukkuus (Leskinen 2001, 90). Ylhäältä alas – lähestymistavan mukaan päätöksentekijä asettaa tavoitteet ja käy läpi vaihtoehtot, joiden avulla tavoitteet voidaan saavuttaa sekä valitsee sopivimmat vaihtoehtot. Sen jälkeen hallinto vastaa tavoitteiden toteuttamisesta. Lähestymistapaa on kritisoitu erityisesti siksi, että päättäjillä ei yleensä ole mahdollisuuksia hallita kaikkia tavoitteiden saavuttamiseen johtavia vaihtoehtoja. (Leskinen 2001, 90.)

Ylhäältä alas – lähestymistapa tunnistaa ensin viralliset tavoitteet ja seuraa sitten toimeenpanoprosessia, osoittaen onko ja missä kohdin aikomuksista ja säännöistä poikettu. Näkökulma keskittyy ohjaukseen, valvontaan, toimeenpanoprosessia rakentavaan säännökseen ja hierarkiaan sekä eri toimijoiden välisiin poliittisiin konflikteihin (Winter 1987, 1, Leskisen 2001, 83 mukaan).

Alhaalta ylös -lähestymistavan kehittäjiä ovat olleet Elmore, Lyisky, Hjern, Hanf ja Porten (Leskinen 2001, 84). Alhaalta ylös -mallissa kohdetta tarkastellaan nimenomaan toteuttamisen näkökulmasta ja selvitetään paikallistoimijoiden strategioita, toimia ja kontakteja. (Hjern, Hanf & Porten 1978, Leskisen 2001, 84 mukaan.) Alhaalta ylös - mallissa kuvataan, että toimeenpano on toimeenpanoprosessissa olevien tekijöiden vaikutusten tulos. Analysointi aloitetaan ns. pohjalta eli tarkastellaan paikallisten toimijoiden vuorovaikutusta ja sen vaikutusta toimeenpanon onnistumiseen. (Leskinen 2001, 82–84; Hill & Hupe 2014, 46–47, 53, 58.).

Edellä mainitut lähestymistavat eivät ole vastakkaisia vaan lähinnä toisiaan täydentäviä. Niissä toimeenpanon kohdetta tarkastellaan siis joko ylätasolla suunnittelun ja politiikan tai alatasolla toteuttamisen näkökulmasta.

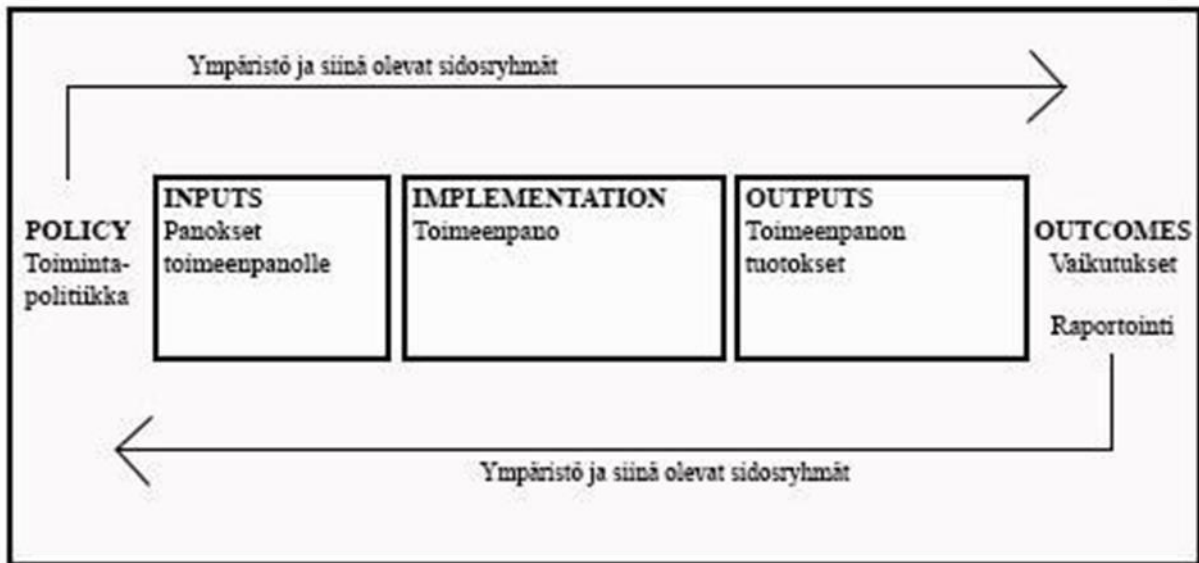
Kolmas implementaatiotutkimuksen lähestymistapa on kahden aiemmin esitellyn tavan sekamuoto. Saksalaiset Knoepfel ja Weidner esittivät ensimmäisinä vuonna 1982 tämän synteessin, jossa oli pyritty yhdistämään molempien aiempien lähestymistapojen hyvät puolet. (Leskinen 2001, 87.) Hietaniemi-Virtanen (2000, 24) on kutsunut tätä sekamuotoista lähestymistapaa uudeksi implementaatiomuodoksi. Hassenfeld ja Brock (1991:452-453) ovat puolestaan käyttäneet tästä toimeenpanoa kokonaisvaltaisena toimintaprosessina tarkastelevasta lähestymistavasta nimitystä iteratiivinen tutkimus. Nimeämiseröistä huolimatta kyse on kuitenkin kahden aiemman lähestymistavan yhdistämisestä. Tässä lähestymistavassa korostuu demokraattinen suunnittelu ja päätöksenteko. Poliittinen päätöksenteko ja toimeenpano nähdään edestakaisena prosessina, jonka aikana sekä politiikkaa että toimeenpanoa voidaan muokata. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 34.)

Toimeenpanotutkimuksen avulla pyritään löytämään vastauksia siihen, miten lain tai asetuksen toteutus on onnistunut ja mitä sen toimeenpanosta voidaan oppia. Jo säädösten valmistelu vaiheessa tulisi suunnitella myös niiden toimeenpano. Säädösten toimeenpano sisältää julkisten viranomaisten tekemiä toimenpiteitä säädösten toteuttamiseksi ja lisäksi vuorovaikutusta käytännön toimijoiden ja säätelyn kohteen välillä. (Tala, 2001, 215-218, 220.) Toimeenpanossa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä toimeenpanoprosessin aikana tapahtuu ja toimeenpanon onnistumista voidaan arvioida myös toimeenpanoprosessin eri vaiheissa. Toimeenpanotutkimuksen nähdään usein sijoittuvan politiikan ja hallinnon väliin ja tutkivan valtion asettamien tavoitteiden toteutumista kuntatasolla. (Leskinen, 2001, 72-73; Vartiainen, 2000, 78.)

3.5.2 Toimeenpanoprosessi ja toimeenpanoprosessin vaiheet

Toimeenpano, eli implementaatio on vuorovaikutusprosessi, jossa tarkastellaan asetettuja tavoitteita sekä niitä toimenpiteitä, joilla tavoitteet pyritään saavuttamaan. (Junnila 2008, 58; Pressman & Wildavsky 1984, xxii).

1) POLIITTINEN PÄÄTÖS → 2) TOIMEENPANO → 3) TOIMEENPANON TULOS



Kuva 5. Implementaatioprosessi (Junnila 2008, 62).

Toimeenpanoprosessi voidaan jakaa neljään erilliseen vaiheeseen, jotka ovat toimeenpanevien viranomaisten politiikkatoimenpiteet, politiikkatoimenpiteiden noudattaminen kohderyhmässä ja politiikkatoimenpiteiden havaitut vaikutukset sekä ohjelman uudelleen arviointi. Jokaisen vaiheen nähdään olevan sidoksissa seuraavaan vaiheeseen ja vaiheistuksessa voidaan nähdä selvä ero havaittujen ja todellisten vaikutusten välillä. (Mazmanian & Sabatier, 1989, 35-39.)

Toimeenpanoon vaikuttavat myös ei-normatiiviset muuttujat eli säädösten ulkopuoliset tekijät. Niitä ovat Mazmanianin ja Sabatierin (1989, 30-35) mukaan sosioekonomisiin ja teknologisiin olosuhdemuutoksiin liittyvät tekijät, julkinen tuki, toimeenpaneville viranomaisille resurssit antavan tahon tuki, kannattajaryhmien asenteet, resurssit ja toimeenpanevien viranomaisten sitoutuminen ja johtamistaidot. Näitä tekijöitä käsittelen omassa tutkielmassani hyvin rajallisesti ja lähinnä kirjallisuuteen sekä aiempiin tutkimustietoihin perustuen.

Kansallinen vastuu säädösten toimeenpanosta kuuluu ministeriöille ja niiden alaisille toimielimille. Laki tai asetus antaa valtuutuksen toimeenpanovallan käyttöön, ja säädöksessä määritellyt julkishallinnon tehtävät määrittävät toimeenpanon sisällön ja rajat. (Mäenpää 1997, 21-23.)

3.5.3 Toimeenpanon tukikeinoja

Jo säädösten valmisteluvaiheessa tulisi eritellä, mitä vahvoja puolia ja mahdollisia ongelmia on tai mitä kriittisiä tekijöitä toimeenpanoon liittyy ja millaista tukea tai vastarintaa kyseisen säädösehdotuksen toteutumiseen voi kohdistua. Lainlaatijan käytössä olevia toimeenpanon tukikeinoja ovat esimerkiksi tiedottaminen ja erilaisten ohjeiden antaminen sekä koulutus, joka kohdistuu säännösten soveltajiin ja muihin toimeenpanon kannalta avainasemassa oleviin ryhmiin. Myös julkisuuden hyväksikäyttö informaation levittämisessä sekä palautteen kerääminen ja hyödyntäminen säännösten toimeenpanosta toimivat toimeenpanon tukikeinoina. Lain toteutumisen järjestelmällinen seuranta ja säädöksen vaikutusten tutkimus toimivat toimeenpanon tukena. Lisäksi yhteiset toimenpiteet ja niiden suunnittelu muiden kyseisen säädöksen kannalta keskeisten viranomaisten tai yksityisten toimijoiden, kuten asiantuntija-, etu- tai kansalaisjärjestöjen kanssa ovat merkityksellisiä toimeenpanon näkökulmasta. Myös erilaisilla kannustimilla, kuten palkkioilla tai tunnustuksilla on havaittu olevan merkitystä toimeenpanon onnistumiseen. (Keinänen, 2014, Talan 2005 mukaan)

3.6 Toimeenpanon top – down –teoria analyysin pohjana

Itse koen, että ylhäältä alas – lähestymistapa sopii parhaiten oman, normiohjauksen toimeenpanoa tutkivan tutkielmani lähestymistavaksi, koska kiinnostukseni kohdistuu siihen kuinka muodollisesti hyväksytyjä politiikkapäätöksiä pannaan täytäntöön kouluterveydenhuollossa. Leskisen (2001, 90) mukaan malli sisältää jo aiemmin toimeenpanon käsitteiden määrittelyn yhteydessä mainitsemani kuusi eri tekijää, jotka vaikuttavat toimintapolitiikan ja sen onnistuneen toimeenpanon väliseen ketjuun. Omassa tutkimustyössäni analysoin kouluterveydenhuoltoa määrittelevän normiohjauksen ja sen toimeenpanon välistä yhteyttä juuri Leskisen (2001, 90) mainitsemien tekijöiden valossa. On myös mielenkiintoista havaita, näyttääkö ylhäältä alas - lähestymistapaan kohdennettu kritiikki siitä, että päättäjät eivät voi hallita kaikkia tavoitteiden saavuttamiseen johtavia vaihtoehtoja, olevan oikeutettua.

Sabatierin (1986, 315) mukaan toimeenpanotutkimuksen merkittävin löytö oli, että tärkeimpiä toimijoita eivät ole poliittiset päättäjät vaan ne henkilöt, jotka käytännössä huolehtivat toimintaohjelmien toimeenpanosta. Sabatierin näkemyksen mukaan perustason toimeenpanijoille jää usein suuri harkintavalta juuri siksi, koska säädösten ohjeet ovat epäselviä

ja toimeenpanon kontrollointi heikkoa. On myös mielenkiintoista tarkastella, miten Mazmanianin ja Sabatierin (1989,41-42) onnistuneen toimeenpanon edellytykset näkyvät ko. asetuksen toimeenpanossa ja mikä vaikutus toimeenpanoon on säädösten ulkopuolisilla tekijöillä (Mazmanian ja Sabatier, 1989, 30-35) tai voiko omaan tutkimusaineistooni perustuen kumota joitakin Meierin (1985, 4-7) määrittelemiä sääntelyn myyttejä.

Tässä omassa tutkimuksessani toimeenpanoa ja tarkemmin rajattuna kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanoa tarkastellaan eri puolilla Suomea työskentelevien perustason työntekijöiden eli kouluterveydenhoitajien näkökulmasta.

4 KOULUTERVEYDENHUOLTO

4.1 Kouluterveydenhuollon määritelmä ja toteutus

Kouluterveydenhuolto on määritelty v. 2010 säädetyssä terveydenhuoltolain 16 pykälässä. Sen mukaisesti kuntien on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut kunnan alueella sijaitsevilla perusopetusta antavilla oppilaitoksissa. Kouluterveydenhuoltoon katsotaan sisältyväksi myös oppilaiden työelämään tutustuttamisen aikainen kouluterveydenhuolto. (L 1326/2010, 2. luku, 16 §.) Toisaalta kouluterveydenhuollosta on säädetty myös perusopetuslaissa, jossa kouluterveydenhuolto on määritelty osaksi oppilashuollon palveluja (L 628/1998, 31a § 2 mom). Kunnan perusterveydenhuollosta vastaavan viranomaisen on myös osallistuttava opetussuunnitelman laatimiseen kunnassa oppilashuoltoa ja oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä koskevissa asioissa (L 328/1998, 15 §).

Lain mukaan kouluterveydenhuollon palvelut kohdistuvat sekä oppilaaseen, oppilaan perheeseen, että opetusympäristöön. Kouluterveydenhuollon on seurattava ja edistettävä kouluympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta sekä tuettava oppilaan huoltajan kasvatustyötä. Oppilaan terveyttä ja hyvinvointia on seurattava vuosittain ja on pystyttävä tunnistamaan myös oppilaan erityisen tuen tarve. Myös pitkäaikaissairaiden lasten omahoidon tukeminen ja tarvittaessa ohjaaminen jatkotutkimuksiin kuuluvat kouluterveydenhuollon tehtäviin. Mikäli tarvitaan erilaisia erikoistutkimuksia oppilaan terveydentilan selvittämiseksi, on myös niiden järjestäminen kouluterveydenhuollon tehtävä. Lisäksi kouluterveydenhuoltoon kuuluu oppilaan suun terveydenhuolto. (L 1326/2010, 16 §.)

Kouluterveydenhuoltoa järjestäessään kunnan on toimittava yhteistyössä oppilaiden vanhempien sekä opetus- ja oppilashuoltohenkilöstön ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. Kouluterveydenhuollon kustannuksista vastaa aina oppilaan kotikunta ja kouluterveydenhuolto on oppilaalle maksutonta. (L 1326/2010, 16 §.)

4.2 Kouluterveydenhuolto ja koululaisten terveys ennen asetuksen voimaantuloa

2000-luvun alussa informaatio-ohjaukseen liittyvät puutteet näkyivät myös kouluterveydenhuollossa. Kunnat reagoivat välittömään kysyntäpaineeseen ja resurssit suunnattiin pääosin sairaanhoitoon. Huoli lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä väestön lisääntyvistä terveyseroista kasvoi.

Tietoa lasten ja nuorten terveydestä sekä terveystottumuksista saatiin mm. Stakesin kouluterveyskyselyn avulla. Kouluterveyskysely on valtakunnallinen tutkimus, joka tehdään peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisille sekä lukioiden 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoille. Tiedot kerätään valtakunnallisesti vertailukelpoisella menetelmällä samoista kunnista joka toinen vuosi. Kouluterveyskyselyjä on toteutettu vuodesta 1995 lähtien ja kyselyyn osallistuu 97,5 prosenttia Suomen kunnista. (Pelkonen, 2009.)

Vuoden 2008 Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan nuorten ylipaino oli lisääntynyt tasaisesti 2000-luvulla ja ylipainoisten nuorten osuus alkoi olla jo huolestuttavan suuri. Nuorten humalahakuinen alkoholinkäyttö sekä huumekekeilut olivat yleisempiä kuin vuosituuhannen alussa ja erityisesti tyttöjen masentuneisuus oli huolestuttavan yleistä.

Kouluterveydenhuollon riittämättömät henkilöstöresurssit näkyivät myös kouluterveyskyselyn tuloksissa. Vuoden 2008 kouluterveyskyselyn tulosten mukaan vaikeaksi kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn koki 12 prosenttia yläkoululaisista. Vastaavasti koululääkärin vastaanotolle pääsyä piti vaikeana jopa 40 prosenttia yläkoulun oppilaisista. (Luopa ym. 2009: 30.)

Aromaan, Huttusen, Keskinen ja Teperin (2005) mukaan suomalaisten terveys on useiden tutkimusten mukaan kehittynyt erittäin myönteisesti. Kansanterveys on parantunut ja väestön toimintakyky kohentunut. Kuitenkin kouluikäisten stressioireet kuten väsymys ja jännittyneisyys ovat lisääntyneet. Erityisenä haasteena kouluterveydenhuollossa on nähty koulukiusaamisen lisääntyminen. Aromaan ym. (2005) mukaan terveyserojen perusta muodostuu jo kouluiässä ja terveyskäyttäytyminen alkaa eriytyä viimeistään yläkouluikäisenä.

Informaatio-ohjauksen välineinä kouluterveydenhuollossa ovat toimineet Kouluterveydenhoitajan opas 2002 ja Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004. Kouluterveydenhuollon opas korostaa kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämistä, laaja-alaisia

terveystarkastuksia ja terveyden edistämistä kouluyhteisössä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton julkaisema Kouluterveydenhuollon laatusuositus puolestaan painottaa kouluterveydenhuollon ja kotien yhteistyön merkitystä. Laatusuosituksen mukaan kouluterveydenhuollon tulee olla koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevaa, suunnitelmallista palvelua, jota seurataan ja arvioidaan säännöllisesti.

Mielestäni voidaankin perustellusti sanoa, että asetuksen (338/2011) sisältö perustuu edellä esiteltyihin suosituksiin ja ajantasaiseen tutkimustietoon.

5 KOULUTERVEYDENHUOLTOA MÄÄRITTELEVÄ ASETUS (338/2011)

5.1 Asetuksen voimaantulo

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2008) ja uusi numero 338/2011, annettiin 28. päivänä toukokuuta 2009. Ehdotus annettiin v. 1972 annetun kansanterveyslain (66/172) nojalla.

Uuden terveydenhuoltolain tultua voimaan 1. päivän toukokuuta 2011 yhdistettiin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Tämän seurauksena myös kouluterveydenhuoltoa määrittävän asetuksen numerointi muuttui. (A 338/2011.) Kouluterveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö siis vahvistui ja täsmentyi. Terveydenhuoltolakiin koottiin aiemmin kansanterveyslaisahajallaan olleet kouluterveydenhuollon säännökset omaksi pykäläkseen (L 1326/2010, 16 §.)

Uudessa terveydenhuoltolaissa korostuu terveysneuvonnan sisällyttäminen kaikkiin terveydenhuollon palveluihin ja lasten huomioonottaminen aikuisille suunnatuissa terveydenhuollon palveluissa. Asetuksen numeroinnin muuttuessa tehtiin asetukseen myös joitakin sisällöllisiä täsmennyksiä, jotka koskevat terveysneuvontaa ja kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten toteutusta (Pelkonen 2011, Kouluterveyspäivät).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisun 2009: 20 tarkoituksena oli tukea uuden asetuksen toimeenpanoa kunnissa. Julkaisussa kerrotaan säännösten perustelut ja annetaan ohjeita säännösten soveltamiseen. Asetuksen toimeenpanon eteneminen on huomioitu myös Suomen vuosien 2011–2014 hallitusohjelmassa, joka velvoittaa kaventamaan kouluterveydenhuollon alueellisia eroja asetuksen toimeenpanon varmistamisella.

5.2 Asetuksen tarkoitus

Asetuksen tarkoitus määritellään asetuksen 1 luvun 1 pykälän mukaisesti seuraavasti: ”Tämän asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten, oppilaiden ja heidän perheidensä sekä opiskelijoiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa.” Kouluterveydenhuollon osalta asetuksen avulla on tarkoitus varmistaa valtakunnallisesti yhdenvertainen laatu- ja palvelutaso.

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton yhteinen julkaisu, Kouluterveydenhuollon laatusuositukset (STM: n oppaita 2004: 8) täydentää annettua asetusta. Asetuksen avulla halutaan erityisesti torjua syrjäytymistä ja kaventaa Suomen kasvavia terveyseroja.

Asetus korostaa terveysneuvonnan ja terveysseurannan jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta. Asetuksen avulla pyritään terveysongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja palveluiden oikeaan kohdentamiseen. Keskeisiä ajatuksia ovat myös yksilön omien voimavarojen hyödyntäminen ja yksilön osallisuus sekä moniammatillinen yhteistyö terveyspalveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. (Pelkonen, 2009.)

5.3 Asetuksen soveltamisala

Soveltamisala on määritelty asetuksen 1 luvun 2 pykälässä seuraavasti: ”Tätä asetusta sovelletaan kansanterveyslain (66/1972) 14 pykälässä tarkoitettuihin raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden sekä alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalveluihin, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palveluihin sekä lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoon.”

Omassa työssäni keskityn asetuksen soveltamiseen (toimeenpanoon) kouluterveydenhuollossa, jossa asiakkaina ovat peruskoulun oppilaat ja heidän perheensä. Kouluterveydenhuollon palvelut on järjestetty pääsääntöisesti koulupäivän aikana koululla tai sen välittömässä läheisyydessä.

5.4 Kouluterveydenhuollon palveluiden järjestäminen asetuksen mukaisesti

Asetus edellyttää kuntien kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen laatimaan kunnan kouluterveydenhuollon toimintaohjelman, joka laaditaan yhdessä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Asetus painottaa terveystarkastusten ja terveysneuvonnan suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta sekä perheiden osallistumista. Oppilaan ja perheen lisäksi on kouluterveydenhuollossa kiinnitettävä huomiota myös lapsen kehitysympäristöön. Lisäksi asetuksessa määritellyt toiminnot on tarvittaessa järjestettävä moniammatillisesti. Terveystarkastusten ja terveysneuvonnan kautta saatuja tietoja tulee hyödyntää myös palveluiden suunnittelussa. (A 380/2009.)

5.4.1 Terveystarkastukset kouluterveydenhuollossa

Asetuksen (380/2009) mukaisesti kouluterveydenhuollossa on järjestettävä määräaikaista (vuosittaisia) ja suunniteltuja terveystarkastuksia koko vuosiluokalle. Terveystarkastuksen voi tehdä kouluterveydenhoitaja yksin tai yhteistyössä lääkärin kanssa.

Terveystarkastusten tulee olla asiakaslähtöisiä, jolloin oppilaan kasvu, kehitys ja hyvinvointi selvitetään kunkin iän ja yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Haastattelua käytetään apuna perheen hyvinvoinnin selvittämisessä. Oppilaan ja hänen perheensä omat toiveet ja mielipiteet tulee ottaa huomioon oppilaan hyvinvointi- ja terveystarkastusta laadittaessa. (A 380/2009, 6 §.) Myös tarkastuksista pois jääneiden oppilaiden terveydentila ja mahdollinen tuen tarve tulee selvittää (A 380/2009, 5§).

Asetuksen (380/2009) mukaiseen laajaan terveystarkastukseen kutsutaan aina mukaan oppilaan huoltajat ja tarkastuksen tekee terveydenhoitaja yhteistyössä koululääkärin kanssa. Huoltajan kirjallisella suostumuksella pyydetään myös opettajan arvio oppilaan selviytymisestä koulussa. Laajoista terveystarkastuksista tehdään yhteenveto, jota käytetään kouluyhteisön kokonaistilanteen arvioinnissa. Yhteenvedossa ei kuitenkaan saa esiintyä oppilaiden henkilötietoja. (A 380/2009.) Laajojen terveystarkastusten tarkoituksena on osaltaan tukea kouluselviytymistä, ja siksi ne toteutetaan yhteistyössä oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa (Kolimaa, 2009).

Kahdeksannen luokan terveystarkastuksessa arvioidaan oppilaan erityiset tarpeet ammatinvalinnan ja jatko-opiskelun osalta sekä aloitetaan tarvittavien tukitoimien suunnittelu (A 380/2009, 9 §).

Suun terveystarkastuksia on myös järjestettävä koko ikäluokalle sekä määräaikaistarkastuksina että kunkin oppilaan yksilölliseen tarpeeseen perustuvina terveystarkastuksina (A 380/2009, 7 § ja 8 §).

Jo 1900-luvun lopun lama-ajasta lähtien on kuntien välillä ollut suuria eroja ennalta ehkäisevien palveluiden järjestämisessä. Painopiste on monissa kunnissa ollut sairaanhoidossa, ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon henkilöstöresurssit ovat jääneet toimintaan nähden riittämättömiksi. Uusi asetus säätelee kuitenkin hyvin tarkasti kenelle, missä vaiheessa ja kuinka usein terveystarkastuksia on tehtävä. Myös tarkastusten sisältö on tarkoin määritelty. Laajoissa terveystarkastuksissa selvitetään paitsi tarkastettavan omaa terveyttä ja hyvinvointia myös vanhempien ja koko perheen tilannetta. Terveystarkastuksiin tarvitaan siis aiempaa enemmän aikaa, jolloin kouluterveydenhuollon puuttuvat henkilöstöresurssit muodostuvat esteeksi asetuksen toimeenpanolle.

5.4.2 Erikoistutkimukset kouluterveydenhuollossa

Asetuksen (380/2009) 11 pykälässä olevat määräykset kouluterveydenhuoltoon sisältyvistä erikoistutkimuksista ovat siirtyneet asetukseen muuttumattomina aiemmin kouluterveydenhuoltoa määritelleen kansanterveyslain asetuksesta.

Oppilaan tarpeiden mukaisesti on kunnan järjestettävä psykologin ja myös psykiatrin tekemät tutkimukset oppilaan mielenterveyden selvittämiseksi. Myös erikoislääkärin tekemät näön ja kuulon tutkimukset tarvittavine laboratorio- ja röntgentutkimuksineen kuuluvat kunnan järjestämiin kouluterveydenhuollon erikoistutkimuksiin. (A 380/2009, 11 §.)

5.4.3 Koulu yhteisön terveys ja turvallisuus

Opiskelu ympäristön terveys ja turvallisuus on tarkastettava joka kolmas vuosi. Tarkastukseen osallistuvat oppilaitoksen ja sen oppilaiden edustajien lisäksi edustajat kouluterveydenhuollosta ja henkilöstön työterveyshuollosta. Myös terveystarkastaja ja työsuojeluhenkilöstön edustaja

osallistuvat tarkastuksiin. (A 380/2009.) Mikäli tarkastuksessa havaitaan puutteita, on niiden korjaamista seurattava vuosittain (A 380/2009, 12 §).

5.4.4 Erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen

Erityisen tuen tarve on tunnistettava mahdollisimman varhain ja kunkin oppilaan tarvitsema tuki järjestettävä ilman viivettä. Tuen tarve on selvitettävä, mikäli oppilaan perheessä tai elinympäristössä on tekijöitä, jotka saattavat vaarantaa lapsen terveen kasvun ja kehityksen. Usein erityisen tuen tarpeen tunnistaminen edellyttää lisäkäyntejä kouluterveydenhuollossa tai esim. kotikäyntejä oppilaan kotona. Perheen ja oppilaan itsensä kanssa laaditaan suunnitelma tuen järjestämiseksi. Usein tuen järjestämisessä on tehtävä yhteistyötä kunnan muiden toimijoiden, esim. lastensuojelun tai erikoissairaanhoidon kanssa. (A 380/2009, 13 §.)

5.4.5 Terveysneuvonta

Terveysneuvonnalla pyritään tukemaan oppilaan itsenäistymistä, opiskelukykyä ja terveellisiä elämäntapoja sekä hyvää kuntoa ja mielenterveyttä. Tärkeä terveysneuvonnan tavoite on myös koulukiusaamisen ehkäisy.

Terveysneuvonnan lähtökohtana on lapsen ja hänen perheensä elämäntilanteen, voimavarojen ja neuvonnan tarpeen selvittäminen. Neuvonnan tulee olla tarpeenmukaista ja ajantasaista sekä tutkimukseen perustuvaa tietoa. (A 230/2009, 15 §.)

Keskeisiä aihealueita neuvonnassa ovat mm. ravitsemus, liikunta, päihteiden käytön ja tapaturmien ehkäisy, ihmissuhteiden, levon ja vapaa-ajan merkintä oppilaan elämässä sekä yleisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset ja infektioiden ehkäisy. Asetuksessa aivan omana kohtanaan mainittu ehkäisyneuvonta ja seksuaaliterveyden edistäminen ovat myös tärkeä osa terveysneuvontaa. Nykyisin neuvonnassa merkittävään rooliin on noussut myös media ja sen merkitys oppilaan terveydelle ja turvallisuudelle. Neuvonnan tulee olla sellaista, että se tukee tiedon soveltamista käytäntöön ja auttaa ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Yläkoulun kahdeksannen luokan laajaan terveystarkastukseen tulee sisällyttää neuvontaa ammatissa toimimisen edellytyksistä ja työhön liittyvistä terveydellisistä vaaratekijöistä. (A 380/2009, 14 § ja 15 §.)

Tuloksellinen terveysneuvonta edellyttää työntekijältä asiasisällön hallinnan lisäksi myös hyviä kommunikaatiotaitoja. Parhaimmillaan terveysneuvonta on asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde, joka motivoi asiakasta löytämään itse terveyttä edistävät ratkaisut omassa elämässään.

6 ASETUKSEN MÄÄRITTELEMÄ TOIMEENPANO

6.1 Toimintaohjelma

Asetuksen mukaisen toiminnan toteutus edellyttää hyvää suunnittelua ja useiden kunnan hallintokuntien välistä yhteistyötä. Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma, joka laaditaan kouluterveydenhuoltoon yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Toimintaohjelmassa sovitaan asetuksen mukaisesta yhteistyöstä, työnjaosta ja käytettävistä menettelytavoista. Ohjelman tarkoitus on varmistaa kaikille kuntalaisille yhtenäiset palvelut ja helpottaa myös yksittäisen työntekijän työtä. Lisäksi jokaiseen terveyskeskukseen on nimettävä vastuhenkilö, jonka vastuulla on toimintaohjelmassa kuvatun toiminnan kehittäminen, koordinointi ja seuranta. (STM 2009: 20.)

6.2 Toimeenpanon edellytykset kunnissa

Asetuksen (338/2011) toimeenpano kunnissa edellyttää määrätietoista suunnittelu- ja kehittämistyötä. Ohjeistukset ovat muuttuneet velvoitteiksi ja toiminta aiempaa suunnitelmallisemmaksi. Toimeenpano edellyttää myös muutoksia henkilöstön ajattelussa ja toimintatavoissa sekä sitoutumista asetuksen mukaiseen kehittämistyöhön.

Asetuksen mukainen toiminta asettaa haasteita myös johtamiselle. Johtamisella varmistetaan, että toiminta perustuu näyttöön, ajantasaiseen tietoon ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi johtavat viranhaltijat vastaavat henkilöstövoimavarojen suunnittelusta sekä henkilöstön osaamisen vahvistamisesta.

6.2.1 Henkilöstön riittävyys ja osaaminen

Uusi asetus ei sisällä säännöksiä terveydenhoitajien tai lääkäreiden henkilöstömitoituksista, vaan mitoitusten perustana ovat edelleen vuosina 2002 – 2006 julkaistut oppaat ja suositukset. Näitä oppaita ovat julkaisseet Stakes vuonna 2002, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vuonna 2004 ja Suomen Terveydenhoitajaliitto vuonna 2006. Edellä mainittujen oppaiden suositukset henkilöstömitoituksista ovat hyvin yhteneviä ja niiden mukaisesti toimivan kouluterveydenhuollon edellytyksenä voidaan pitää maksimissaan 600 oppilasta yhtä kouluterveydenhoitajaa kohden. Koululääkäreitä koskeva vastaava suositus on 2100 oppilasta lääkäriä kohden tai yksi työpäivä viikossa 500 koululaista kohden.

Suositukset henkilöstömääristä ovat laskennallisia ja henkilöstömitoitukseen vaikuttavia tekijöitä on useita. Mitoituksessa on huomioitava erityistä tukea tarvitsevien koululaisten määrä, koulupsykologin tai koulukuraattorin palveluiden saatavuus ja paikalliset olosuhteet. Käytännössä lasten määrä yhtä kouluterveydenhoitajaa kohden tulee olla pienempi, jos terveydenhoitaja työskentelee useammalla kuin kahdella terveydenhoitajatyön toimintasektorilla. (STM 2009: 20.)

Henkilöstömitoitusten toteutumisen seuranta ja resurssien riittävyyden arviointi kuuluvat kunnissa asianomaisesta toiminnasta vastaavalle taholle. Ne ovat myös tärkeä osa-alue toimintojen kehittämisessä ja omavalvonnassa. (Wiss, Frantsi - Lankia, Koskinen, Saaristo 2012.)

Asetuksen velvoitteet lisäävät sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden työn vaativuutta ja näin tarvetta kehittää heidän osaamistaan. Tavoitteena on, että asetuksen velvoitteet huomioidaan sekä kouluterveydenhuollon henkilöstön peruskoulutuksessa, erikoistumisopinnoissa että täydennys- ja jatkokoulutuksessa. Henkilöstön osaamista voidaan kehittää myös toimenkuvia eheyttämällä. Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhoitaja ja lääkäri toimivat vain yhdellä tai maksimissaan kahdella toimintasektorilla. (STM 2009: 20.)

6.2.2 Asetuksen mukaisten palveluiden rahoitus

Asetuksen sisältö ja velvoitteet eivät lisää kustannuksia sellaisissa kunnissa, joissa on jo ennen asetuksen voimaantuloa toimittu kansallisten ohjeiden ja suositusten mukaisesti. Kustannuksia aiheutuu lähinnä niille kunnille, joissa terveydenhuollon ehkäisevät palvelut on järjestetty puutteellisesti. Tämä näkyy kunnissa myös korjaavien palveluiden tarpeen jatkuvana kasvuna. Esimerkkinä korjaavien palveluiden kustannusten lisääntymisestä voisi mainita kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän jatkuvan kasvun 1900- ja 2000 – luvulla. Yhteensä kodin ulkopuolelle oli vuonna 1991 sijoitettu 9000 lasta ja vuonna 2008 jo yli 16000 lasta. Heistä aiheutui yhteiskunnalle yhteensä noin 530 miljoonan euron kustannukset vuonna 2008. (STM 2009: 20, 18.)

Vuodesta 2010 alkaen on kuntien saamiin peruspalveluiden valtionosuuksiin lisätty yhteensä 18,5 miljoonaa euroa asetuksen (338/2011) toimeenpanon varmistamiseksi. Korotus jää pysyvästi kuntien saamiin valtionosuuksiin ja se on keskimäärin 3 euroa kunnan asukasta kohden. Laskentaperusteena on käytetty kuntien itsensä ilmoittamaa lisärahoitustarvetta asetuksen mukaisten toimintojen järjestämiseksi. Terveydenhuollon laskennallisia valtionosuuksia määrittävät kunnan asukasluku, ikärakenne, sairastavuus ja kunnan sijainti. (STM 2009: 20, 119.)

6.2.3 Moniammatillinen yhteistyö

Terveystarkastusten erityinen voimavara on kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin yhteistyö. Työparityöskentely vaatii onnistuakseen jatkuvuutta ja toisen työn tuntemusta. Erityisesti laajojen terveystarkastusten lopuksi tehtävään kokonaisarvioon ja lapsen potilasasiakirjoihin kirjattavaan yhteenvetoon sekä mahdolliseen hyvinvointi- ja terveystieteiden suunnitelman laatimiseen tarvitaan kouluterveydenhuollon työntekijöiden yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön periaatteet, työnjako ja tiedonsiirtoon liittyvät toimintamallit kuvataan pääpiirteissään kunnan toiminta -ohjelmassa. Moniammatillisen ja kunnan hallintokuntien rajat ylittävän yhteistyön tulee olla suunnitelmallista ja johdettua. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin, Pelkonen, 2012.)

6.2.4 Työvälineet ja – tutkimusmenetelmät

Asetuksen määrittelemien terveystarkastusten tavoitteena on, että lasten ja nuorten terveysseuranta toteutetaan koko maassa luotettavasti ja tasoltaan yhtenäisesti. Standardoitujen menetelmien käyttö ja tietojen tallentaminen valtakunnallisesti yhdenmukaisella tavalla mahdollistavat lasten ja nuorten hyvinvoinnin arvioinnin ja seurannan niin kunnissa kuin valtakunnallisestikin. (STM 2009: 20.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut vuonna 2011 menetelmäkäsikirjan, joka ohjeistaa terveystarkastuksiin kuuluvien mittauksen, tutkimusten ja arviointimenetelmien käyttöä ja tulkintaa. Tavoitteena on ollut vähentää alueellisia eroja terveystarkastusten sisällössä. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen, Laatikainen, 2011.) Kunnallisesti yhtenäiset ohjeet tukevat käytännön työn kehittämistä ja selventävät työnjakoa. Ne ovat apuna myös henkilöstöresurssien suunnittelussa ja henkilöstön rekrytoinnissa.

6.2.5 Potilasasiakirjat ja tietosuojat

Asetuksen (338/2011) mukaisesti terveystarkastuksen perusteella laaditaan kokonaisarvio lapsen tai nuoren terveydentilasta ja mahdollisesta jatkotutkimuksen, tuen ja hoidon tarpeesta. Arvio tulee tehdä aina yhteistyössä lapsen ja hänen perheensä kanssa. Tarvittaessa laaditaan myös terveyden ja sairaanhoitoa koskeva hyvinvointi- ja terveystuunnitelma, jonka laatimiseen voi asianomaisten suostumuksella osallistua muita saman perheen kanssa työskenteleviä ammattihenkilöitä. (STM, 2009: 20.)

Kouluterveydenhuollon ammattihenkilön on kirjattava lapsen terveystietomukseen tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Potilaan hoidolla tarkoitetaan sekä terveyden- että sairaanhoitoa. Lapsen potilasasiakirjoihin kirjataan myös lapsen kehitysympäristöä koskevat tiedot. Potilasasiakirjaksi kutsutaan potilaslain 2 pykälän mukaan potilaan hoitoon liittyvää, joko laadittua tai saapunutta asiakirjaa, joka sisältää hänen terveydentilaansa koskevia tietoja. Potilasasiakirjat ovat henkilökohtaisia ja salassa pidettäviä. Kuitenkin on tilanteita, joissa salassapitovelvoitteista voidaan poiketa. Näitä poikkeustilanteita varten on terveydenhuollon tietosuojaa koskevissa laeissa juuri asetuksen (338/2011) kannaltakin erityisiä säännöksiä. Tällaisia lakeja ovat esimerkiksi lastensuojelulaki (417/2007) ja perusopetuslaki (628/1998). (STM 2009: 20.)

Terveystarkastuksista kerätään myös anonyymia tietoa oppilaiden hyvinvoinnista, jota käytetään kouluterveydenhuollon tutkimuksessa, hallinnossa, suunnittelussa ja opetuksessa (STM, 2009: 20, 101).

6.3 Muut asetuksen toimeenpano edistävät tekijät

Tiedotus, koulutus ja kansallinen kehittämistyö tukevat toimeenpanon onnistumista. Lasten ja perheiden tulee tietää, millaisiin palveluihin heillä on asetuksen mukainen oikeus. Terveystarkastushenkilöstöä edustavat ammattijärjestöt puolestaan seuraavat toimeenpanon kehitystä työhyvinvoinnin ja työntekijöiden edunvalvonnan näkökulmasta.

Asetuksen (380/2009) tultua voimaan aloittivat Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto tiedotuksen asetuksen sisällöstä. Koulutustilaisuuksia järjestettiin jokaisessa Suomen läänissä. STM lähetti kirjeen (Kuntainfo 7/2009) kaikille kuntien sosiaali- ja terveystoimesta vastaaville luottamuselimille sekä sosiaali- ja terveystoimen johtaville viranhaltijoille. Kirjeessä kerrottiin asetuksen tarkoituksesta ja tulevista valtionosuuksien korotuksista. Myös Suomen Kuntaliitto ohjeisti kuntia yleiskirjeellä (31/80/2009) asetuksen mukaisten toimintojen järjestämisestä. (STM 2009: 20.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos huolehtii asetuksen toimeenpanon edellyttämästä kehittämistoiminnasta. Se valmistelee myös julkaisuja, oppaita ja lomakkeita terveysseurannan tueksi. Asetuksen mukaisia palveluja kehitetään myös osana sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämissuunnitelmaa (Kaste), jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. (Wiss ym. 2012, 34.)

Asetuksen toimeenpanoa edistää myös Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, joka linjaa maamme kansallista terveyspolitiikkaa. Ohjelman pääpaino on terveyden edistämisessä ja sen keskeisimmät lapsiin ja nuoriin kohdistuvat tavoitteet ovat lasten ja nuorten terveydentilan paraneminen, hyvinvoinnin lisääntyminen ja turvattuuteen liittyvien oireiden väheneminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001:8.)

Myös kouluterveydenhuollossa työskenteleviä terveydenhoitajia edustava ammattijärjestö, Suomen Terveystarkastajaliitto STHL ry on ollut mukana tukemassa kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanoa. Keväällä 2010 STHL aloitti Terveystarkastajatyön

kampanjan, jonka kolme keskeistä tavoitetta olivat terveydenhoitajatyön tunnetuksi tekeminen, terveydenhoitajatyön vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden osoittaminen sekä terveydenhoitajien määrän lisääminen asetuksen velvoitteiden hoitamiseksi. Kampanjan kohderyhmiä olivat kuntapäätäjät, työnantajat, esimiehet ja STHL:n jäsenistö. (Leinonen, 2010.)

Toukokuussa 2010 järjestetyssä STHL:n liittovaltuuston kevätkokouksen julkilausumassa Terveydenhoitajaliiton puheenjohtaja Leila Lehtomäki vaati kuntia kohdentamaan asetuksen määrittelemät korotetut valtionosuudet henkilöstön palkkaamiseen. Julkilausumassa painotetaan myös sitä, miten ennaltaehkäisevällä terveydenhoitajatyöllä voidaan vähentää kunnissa jatkuvasti lisääntyviä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

7 ASETUKSEN TOIMEENPANON SEURANTA JA VALVONTA

7.1 Asetuksen seuranta

Asetuksen toimeenpanoa seuraavat sekä sosiaali- ja terveysministeriö että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tärkeimpiä seurantamenetelmiä ovat avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmä (AvoHILMO) ja terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä (TedBM).

Hoitoilmoitusjärjestelmän avulla kerätään yksilöä koskevia tietoja avohoidon palveluista perusterveydenhuollossa. Tietoa kerätään esim. terveystarkastuksista ja terveysneuvonnasta, jotka sisältyvät myös vuonna 2009 annettuun kouluterveydenhuollon asetukseen. Saatujen tietojen avulla pystytään paremmin ja monipuolisemmin vertailemaan avohoidon sisältöä eri terveyskeskuksissa. Hoitoilmoitusjärjestelmä perustuu yhtenäiseen luokitukseen, joka on kansallisessa koodipalvelussa. Sekä hoitoilmoitusjärjestelmästä että kansallisesta koodipalvelusta on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaissut oman oppaan.

Hoitoilmoitusjärjestelmä kerää tietoja myös palveluiden sisällöstä nk. toimintoluokituksen avulla. Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus (SPAT) luokittelee tehtäviä toimenpiteitä. Toimintaluokituksen rinnalla käytetään myös käyntisyyluokitusta, jonka avulla kerätään tietoa niistä syistä, joiden vuoksi asiakkaat hakeutuvat avoterveydenhuollon vastaanotoille. Toimintaluokituksesta on hyötyä erityisesti avoterveydenhuollon palveluiden kehittämisessä. Käyttökelpoista tietoa toimintaluokituksesta saadaan myös esimiestyöhön ja paikallistason toimintojen suunnitteluun. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.)

Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmään (TedBM) kuuluu useita osahankkeita. Yksi osahankkeista kerää tietoa niistä avoterveydenhuollon ehkäisevistä palveluista, jotka kohdentuvat lasten ja nuorten terveyden edistämiseen. Vertailutietojärjestelmän tarkoituksena on kehittää sellaisia tunnuslukuja, joiden avulla terveyden edistämisen palveluita voidaan jatkossa vertailla. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.)

Kumpikaan edellä esitellyistä seurantajärjestelmistä ei toimi vielä kattavasti (2011) ja sen vuoksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa erillisseurantoja palveluiden asetuksen mukaisuudesta syksyllä 2011. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.)

7.2 Asetuksen valvonta

Kansanterveystyön valvonta ja ohjaus läänien alueella kuuluu aluehallintovirastolle, jolla on oikeus tarkastaa kunnan tai kuntayhtymän toiminta perustellusta syystä (Kansanterveyslaki 42 §). Jos tarkastuksessa ilmenee puutteita, on aluehallintovirastolla oikeus antaa määräys niiden korjaamisesta määräajassa. Kuntien tulee noudattaa määräystä sakkorangaistuksen uhalla (43 §). Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä aluehallintovirastojen sekä Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) kanssa tulossopimuksen ja siihen pohjautuvan valvontasuunnitelman. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.)

Valviran tehtävänä on puolestaan ohjata aluehallintovirastojen toimintaa. Valvira valvoo kansanterveystyötä erityisesti periaatteellisesti tärkeissä ja koko maata koskevissa asioissa sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevissa valvonta-asioissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.)

Jotta asetuksen (338/2011) mukaista toimintaa pystytään valvomaan tehokkaasti ja yhdenmukaisesti, on Valvira ja aluehallintovirastot valmistelleet valtakunnallisen valvontaohjelman. Valvontaohjelman tarkoitus on varmistaa, että kaikissa kunnissa palvelut järjestetään annetun asetuksen mukaisesti. Valvonta on siis suunnitelmallista, avointa ja läpinäkyvää. Lisäksi valvonta auttaa palveluntuottajaa kehittämään ja valvomaan omaa toimintaansa. Valvontaohjelma valmistui marraskuussa 2011, ja se on laadittu vuosiksi 2012—2014. (Valvira 13 / 2011, 2.)

Asetuksen valvonta on ensisijaisesti etukäteisvalvontaa, johon kuuluvat yhteydenotot kuntiin ja kuntakäynnit. Kuntakäynneistä aluehallintovirasto laatii raportin ja tarvittaessa kunnilta voidaan pyytää myös selvityspyynnö, johon kunnan on pakko vastata. Selvityspyynnön vastauksesta tulee käydä ilmi, mitä, miten ja missä ajassa kunta kehittää toimintaansa asetusta vastaavaksi. Asetuksen astuttua voimaan on aluehallintovirastojen tehtävä ollut myös informoida kuntia asetuksen toimeenpanosta ja sen vaatimista resursseista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.)

Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämät tilastotiedot ja kehitteillä oleva avohoidon ilmoitusjärjestelmä ovat osa etukäteisvalvontaa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20).

8 TUTKIMUSTULOKSET JA ANALYYSI

Puolistrukturoitu Webropol- alustalla tehty kyselytutkimus tehtiin vuoden 2017 keväällä, jolloin aikaa asetuksen voimaantulosta oli kulunut n. kuusi vuotta. Kyselyssä pyrittiin käyttämään samankaltaista vastaus asteikkoa kuin aiemmissa Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen toteuttamissa asetuksen toimeenpanoa koskevissa kyselyissä, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia aiempiin selvityksiin verrattuna.

Kysely lähetettiin Suomen terveydenhoitajaliiton jäseninä oleville koulu- ja opiskeluterveydenhoitajille ja kyselyyn vastasi yhteensä 162 kouluterveydenhoitajaa, joista 40 prosenttia kuului ikäryhmään 51-65 vuotta ja 65 prosentilla oli työkokemusta alalta yli 10 vuotta.

Tämän kyselyn perusteella ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöksiä siitä, kuinka suuri osuus maassamme kouluterveydenhoitajina työskentelevistä terveydenhoitajista kyselyyn on vastannut. Näin siksi, että ammattijärjestönä saamme jäsenrekisteristämme vain oman liittomme jäseninä olevien terveydenhoitajien yhteystiedot. Kouluterveydenhoitajien joukossa on todennäköisesti myös ammattiliittoon kuulumattomia terveydenhoitajia ja mahdollisesti myös muihin hoitoalan ammattijärjestöihin järjestäytyneitä. Lisäksi liittomme jäsenrekisterissä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat on sijoitettu samaan ryhmään ja tähän kyselyyn vastauksia pyydettiin vain kouluterveydenhoitajina työskenteleviltä terveydenhoitajilta. Kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista 45 ilmoitti, että heillä on asiakkanaan myös opiskelijoita, joten tämän tiedon perusteella vastaajista 117 terveydenhoitajaa työskenteli päätoimisesti kouluterveydenhuollossa.

Tämän kyselytutkimuksen pohjalta kehitettiin Suomen Terveidenhoitajaliittoon myös kouluterveydenhoitajien työn kuormittavuutta mittaava laskuri. Päävastuu kyseisen laskurin kehittämisestä oli liiton kehittämispäällikkönä itselläni ja sen vuoksi tähän samaan kouluterveydenhoitajille suunnattuun kyselyyn yhdistettiin sekä työn kuormittavuutta mittaavan laskurin kehittämisessä tarvittavat taustatiedot että kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanoon liittyvät kysymykset.

Työn kuormittavuutta mittaavan laskurin kehittämisen vuoksi, haluttiin tietää vastausprosentti myös mahdolliseen sote- palvelurakennemuutokseen kuuluvien, tulevien maakuntien alueilla. Vastaajista 25 prosenttia työskenteli Uudellamaalla. Uudenmaan yhdistys on jäsenmäärältään myös Terveydenhoitajaliiton suurin jäsenyhdistys ja tällä hetkellä Uudenmaan yhdistyksen jäsenmäärä on 767, joista koulu- ja opiskeluterveydenhoitajia on 162.

Koska terveydenhoitajan tutkinto on ns. kaksoistutkinto (sisältää sekä terveydenhoitajan- että sairaanhoitajan tutkinnon) ja antaa laaja- alaiset valmiudet työskennellä eri ikäryhmien parissa ja eri työsektoreilla, on myös kouluterveydenhuollossa työskentelevillä terveydenhoitajilla usein hoidettavanaan kouluterveydenhuollon lisäksi jokin muukin terveydenhoitajatyön osa – alue. Kyselyyn vastanneista 69 prosenttia ilmoitti työskentelevänsä ainoastaan kouluterveydenhuollossa ja loppuilla vastaajista oli kouluterveydenhuollon lisäksi hoidettavanaan joku muukin terveydenhoitajatyön työalue kuten opiskeluterveydenhuolto, neuvolatyö tai perhesuunnitteluneuvonta. Tutkimuksen sisältöön ja asetuksen toimeenpanoon liittyvät kysymykset koskivat kuitenkin ainoastaan kouluterveydenhuoltoa.

Resurssit

Sekä työn kuormittavuuden että asetuksen toimeenpanoon näkökulmasta haluttiin selvittää myös kouluterveydenhoitajien mielipidettä kouluterveydenhuollon henkilöstöresursseista. 97 prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei kouluterveydenhuollossa ole käytetty terveydenhoitajien loma – aikoina sijaisia ja 92 prosenttia ilmoitti, että oppilaiden terveystarkastuksia tehdään myös koulujen loma – aikoina. Toisaalta 24 prosenttia vastanneista kouluterveydenhoitajista ilmoitti, että joutuu koulujen loma- aikoina, ainakin osittain, toimimaan itse esim. neuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien sijaisena. Resurssien näkökulmasta huomioitavaa oli, että noin 70 prosenttia kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei alueen tai sen väestön erityispiirteitä (monikulttuuriset perheet, sosioekonomiset taustatekijät tai pitkät välimatkat) huomioitu kouluterveydenhuollon henkilöstöresurssien suunnittelussa.

	kyllä	ei	Yhteensä	Keskiarvo
Monikulttuuriset perheet	27,27%	72,73%	154	1,73
Sosioekonomiset taustatekijät	22,08%	77,92%	154	1,78
Pitkät välimatkat	36,91%	63,09%	149	1,63
Yhteensä	28,67%	71,33%	457	1,71

Kuva6. Alueen tai väestön erityispiirteiden huomioiminen kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusten suunnittelussa.

Kouluterveydenhoitajista 56 prosenttia ilmoitti, että heidän kouluissaan ei ollut minkään tyyppistä keskitettyä ajanvarausta ja 44 prosentilla se oli käytössä vain ensimmäisen ja toisen luokan tarkastuksissa. 79 prosenttia vastaajista ilmoitti, että työhön ei kuulunut kotikäyntejä.

Seuraavassa suoria lainauksia kyselyn vastauksista kouluterveydenhuollon resursseihin liittyen:

”Työmäärä on lisääntynyt huomasti, kun vuosittain tehtävät tarkastukset otettiin käyttöön. Terveystarkastuksia ei ole kuitenkaan palkattu lisää. Kohtuutonta! Työn laatu kärsii.”

”Resurssipulan vuoksi on koko ajan kiire ja aikaresurssit eivät riitä laajoihin terveystarkastuksiin.”

”Resursseja on jonkin verran lisätty ja lääkärintarkastukset toteutuvat paremmin.”

”Asetuksen tultua resurssia lisättiin koko kunnan alueelle.”

”Terveystarkastusmitoitusta on arvioitu ja otettu myös huomioon.”

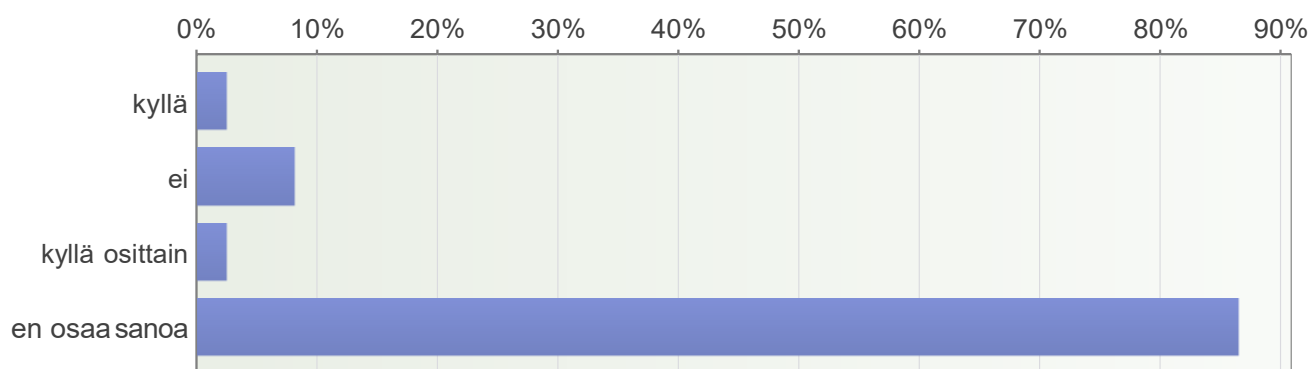
”Toimintaa tarkasteltu ja järjestelty asetuksen mukaisesti.”

”Kaikkia oppilaita ei ehditä tarkastamaan. Jatkuva kiire. Aikaa ei jää koulun arjessa elämiseen eikä pysy ajan tasalla asioissa.”

”Jag tycker vi bara har bråttomt att utföra alltsom hör till att vi ska göra, utan andhämtningpauser.”

2,6 prosenttia vastaajista ilmoitti, että asetuksen toimeenpanon edistämiseksi kunnille myönnetty korotettu valtionosuus oli käytetty kokonaisuudessaan kouluterveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin ja sama määrä terveydenhoitajista vastasi, että se oli käytetty vain osittain kyseiseen tarkoitukseen. 86,5 prosenttia ei osannut sanoa, mihin korotettu valtion osuus oli käytetty ja 8,3 prosenttia vastaajista tiesi, ettei korotettua valtion osuutta oltu käytetty henkilöstön rekrytointiin.

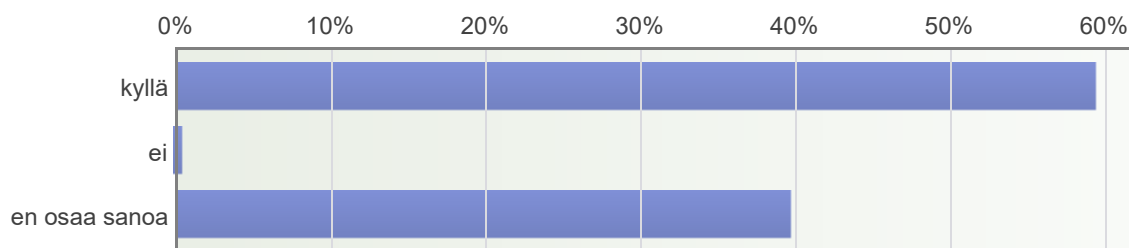
Vastauksista käy selvästi ilmi alueelliset erot. Osassa kouluja kouluterveydenhuollon palvelut oli tutkimusajankohtana järjestetty vuonna 2011 annetun asetuksen edellyttämällä tavalla ja huomioitu myös toiminnan sisällön muuttumisesta aiheutunut lisäresurssien tarve. Toisaalta osassa oppilaitoksista palvelut on kyllä pyritty järjestämään asetuksen edellyttämällä tavalla, mutta ennen asetuksen voimaantuloa olleilla henkilöstö resursseilla. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportin 71/2012 mukaan asetuksen toimeenpano edellytti riittäviä, viimeisimpien kansallisten mitoitussuosituksen (Lääkintöhallitus 1988, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004) mukaisia henkilöstövoimavaroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Kuitenkin samaisen raportin mukaan vuonna 2006 vain joka kolmas terveyskeskus täytti terveydenhoitajan silloin voimassaolevan henkilöstömitoitussuosituksen kouluterveydenhuollossa. Vuonna 2011 vastaava luku oli 75 prosenttia ja kouluterveydenhuollon lääkäritilanteessa ei ollut havaittavissa parannusta kuluneen kuuden vuoden seuranta- aikana. Valtaosa vastaajista, peräti 86,5 prosenttia, ei tiennyt, mihin asetuksen edistämiseksi kunnille myönnetty korotettu valtionosuus oli käytetty.



Kuva 7 Onko kuntanne hyödyntänyt asetuksen toimeenpanon edistämiseksi saadun korotetun valtion osuuden kouluterveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin?

Asetuksen edellyttämä toimintaohjelma

Lähes 60 prosenttia vastaajista ilmoitti, että omassa terveyskeskuksessa oli hyväksytty asetuksen (338/2011) edellyttämä toimintaohjelma vuoden 2009 jälkeen, mutta toisaalta n. 40 prosenttia ei osannut sanoa, oliko terveyskeskuksessa lainkaan ko. toimintaohjelmaa.



Kuva 8. Terveyskeskukset, joissa asetuksen mukainen toimintaohjelma on hyväksytty.

Vastanneista kouluterveydenhoitajista vain 27,1 prosenttia ilmoitti itse osallistuneensa toimintaohjelman laatimiseen tai tarkistamiseen.

Kun vastaajia pyydettiin arvioimaan, mitä merkitystä he näkivät asetuksella olleen oman koulunsa kouluterveydenhuoltoon vuosina 2010-2016, saatiin tutkimuksessa avoimeen kysymykseen seuraavanlaisia vastauksia:

”Asetus tekee kouluterveydenhuoltoa tutuksi ja antaa painoarvoa työlle.”

”Asetus on yhtenäistänyt käytäntöjä ja tarkastusten laatu parantunut.”

”Tarkastusten sisältö on pitänyt mieltä ja suunnitella uudelleen. Kirjaaminen ja tilastointi on tarkempaa kuin aiemmin.”

”Asetus tuonut selkeät raamit työhön. Työ on suunniteltua, perusteltua ja tavoitteellista.”

”Työnantajan antamat tavoitteet koskevat määrää, laatuun ei kiinnitetä huomiota.”

”Asetus on lisännyt terveydenhoitajan työtä ja painetta ennaltaehkäisyyn on enemmän kuin pystyy tekemään.”

”Asetus ei ole vaikuttanut millään tavoin, resursseja on vain vähennetty kuuden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna.”

Edellä mainittu yhtenäinen toimintaohjelma on kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen hyväksyttävä ja se tulee laatia kouluterveydenhuoltoon yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Toimintaohjelmassa sovitaan asetuksen mukaisesta yhteistyöstä, työnjaosta ja käytettävistä menettelytavoista. Ohjelman tarkoitus on myös varmistaa kaikille kuntalaisille yhtenäiset palvelut ja helpottaa yksittäisen työntekijän työtä. (STM 2009;20). Myös tämän kysymyksen avoimissa vastauksissa oli havaittavissa suuria vastaajakohtaisia eroja. Kun lähes puolet (40 prosenttia) kyselyyn vastanneista ei osannut sanoa, oliko terveyskeskuksessa laadittu lainkaan kyseistä toimintaohjelmaa, oli heidän varmasti vaikea myös nähdä, mitä merkitystä asetuksella on ollut kouluterveydenhuollon käytäntöihin. Toisaalta osa vastaajista näki asetuksen antaneen työhön selkeät tavoitteet ja ohjeet työn toteuttamiseen. Koska toimintaohjelma määrittelee asetuksen sisällön toimeenpanossa

käytettävät menettelytavat, on toimintaohjelman tunteminen tärkeää jokaiselle kouluterveydenhuollon työntekijälle.

Asetuksen tuomat hyödyt

Yhteenvetona voisi todeta, että vastaajien mukaan asetuksen tuomat hyödyt ovat olleet siinä, että yhteistyö perheiden ja muiden toimijoiden kanssa on lisääntynyt, Asetus on selkiyttänyt työtä ja enää ei ole tarvinnut lähteä kouluterveydenhuollosta paikkaamaan neuvoloiden henkilöstön poissaoloja. Tietoisuus kouluterveydenhuollon merkityksellisyydestä väestön keskuudessa on myös lisääntynyt. Monissa vastauksissa tuli esiin se, että asetuksen voimaantulon jälkeen oppilaat on tavattu vuosittain, mitä ennen asetuksen voimaantuloa ei tehty, ja tukea tarvitsevat oppilaat ja perheet on pystytty tunnistamaan aiempaa nopeammin. Työtapojen yhtenäistymisen nähtiin myös lisänneen palveluiden tasavertaisuutta. Vastauksista kävi myös ilmi, että ainakin osassa kunnista henkilöstöä kouluterveydenhuoltoon on palkattu lisää ja terveys tarkastuksiin on varattu aiempaa enemmän aikaa.

”Työrauha on löytynyt. Enää ei ihmetellä, miten niin vähän oppilaita vie niin paljon aikaa.”

”Perhekeskeisyys on lisääntynyt. Tulokset näkyvät oppilaiden päihteidenkäytön vähenemisenä ja aborttien määrän laskuna.”

”Perheet saavat nopeammin tukea ongelmiinsa ja oppilaiden kynnys tulla puhumaan huolistaan on madaltunut.”

”Yhteistyö eri toimijoiden kanssa on lisääntynyt ja terveydenhoitaja osallistuu moniammatillisiin perhepalaverihin paljon enemmän kuin aikaisemmin.”

”Yhteistyö koululääkärin kanssa on parantunut ja lääkärin osallistuminen tarkastuksiin lisääntynyt.”

Asetuksen tuomat haitat

Vastauksista kävi ilmi, että maassamme on lukuisia kuntia, joissa koululaisten terveystarkastukset oli ennen asetuksen voimaantuloa tehty vain joka toinen vuosi tai mahdollisesti jopa harvemmin. Asetuksen voimaantulon jälkeen henkilöstöresursseja ei kuitenkaan ole lisätty ja jopa kaksinkertaisesta työmäärästä on pitänyt selvitä samalla henkilöstömäärällä. Työnantaja on asiasta keskusteltaessa vedonnut 2000 - luvun alussa annettuihin, asetuksessakin mainittuihin, henkilöstömitoitushjeiseihin ja terveystarkastusaikaa oppilasta kohden on jäänyt aiempaa vähemmän. Työaika ei riitä enää yhteisölliseen työhön tai tehostetumpaa tukea tarvitsevien oppilaiden lisäkäynteihin. Useampi vastaaja kertoi terveystarkastuksien muuttuneen liukuhihnatyön tyyppisiksi ja asetuksen mukaisia terveystarkastuksiakin jää ajan puutteen vuoksi myös tekemättä. Joissakin kunnissa tarkastusten ajankäyttöä on pyritty vähentämään järjestämällä ryhmämuotoisia tapaamisia terveystarkastusten sijaan. Moni vastaajista toi esiin sen, että työnantajan asettamien tavoitteiden ja resurssien kesken on selkeä ristiriita ja työntekijät kokevat, että vastuu asetuksen mukaisesta toiminnasta on kuitenkin jätetty työntekijöille. Avoimissa vastauksissa tuli myös selvästi esiin työntekijöiden kokemus siitä, että he eivät pysty nykyisissä puitteissa antamaan koulutuksensa mukaisia, laadukkaita kouluterveydenhuollon palveluja. Työ koetaan ajoittain jopa pakkotahtiseksi ja työuupumus on lisääntynyt. Osa vastaajista koki yhteistyön koulun muiden toimijoiden kanssa vähentyneen ja oli huolissaan myös siitä, että vanhempien toiveita perheiden tukemiseen ja ylipäätään kouluterveydenhuollon palveluihin ei pystytä täyttämään.

”Ns. vapaa vastaanottoaika on kutistunut minimiin ja oppilaiden pääsy vastaanotolle on vaikeutunut. Työ on pakkotahtista.”

Terveystarkastusten toteutuminen asetuksen mukaisesti eri luokka- asteilla

Asetuksen toimeenpanon näkökulmasta yksi olennainen kysymys on se, kuinka hyvin asetuksen mukaiset laajat terveystarkastukset toteutuvat eli läsnä tarkastuksessa on oppilas, vanhempi tai molemmat vanhemmat, terveydenhoitaja ja lääkäri. Kaikkien ei kuitenkaan tarvitse olla läsnä samalla tapaamiskerralla vaikka se suositeltavaa olisikin. 1. luokan terveystarkastuksissa vastaajat ilmoittivat laajojen tarkastusten toteutuvan lähes 95 prosenttisesti. 5. luokalla laajojen terveystarkastusten toteutumisprosentti oli 89 prosenttia ja 8. luokalla 77 prosenttia.

”Määräaikaiset terveystarkastukset eivät toteudu, niiden sijasta tehdään ryhmämuotoisia terveyskasvatustunteja.”

”Ryhmätapaamiset tulivat tarkastusohjelmaan luokille 2, 4 ja 6.”

”Kaikille ikäluokille tehdään terveystarkastukset ja niiden toteutumista seurataan. Kun tarkastukset ulotettiin kaikille ikäluokille, luovuttiin koululla osasta sairaanhoitopalveluja.”

Joissakin vastauksissa tuotiin esiin, että henkilökohtaisia tapaamisia on kouluissa muutettu ns. ryhmämuotoisiksi tapaamisiksi. Oppilaita tavataan muutaman oppilaan ryhmissä ja heidän kanssaan käydään läpi terveystarkastuksen sisältöön kuuluvaa terveystarkastusta ja ohjausta. Nämä ryhmämuotoiset tapaamiset eivät kuitenkaan kokonaan korvaa asetuksen edellyttämää henkilökohtaista tapaamista, koska yksittäisen oppilaan terveyteen liittyviä seulontatutkimuksia, kuten paino ja pituus, ei voida tutkia ryhmämuotoisissa tilanteissa. Myöskään oppilaan henkilökohtaisia terveystietoja ei voida käsitellä ryhmätilanteissa. Ryhmäkäynnejä perustellaan usein tehokkuudella ja henkilöstöresurssien niukkuudella sekä mahdollisuutena lisätä käyntisuoritteita, mutta lähtökohtana eivät ole oppilaan tai perheen tarpeet. Ryhmäkäynneissä on myös riski vaitiolovelvollisuuden rikkoutumiseen. Tämä on terveydenhoitajien mukaan noussut esiin mm. alakoulun terveydenhoitajien pitämillä ryhmäkäynneillä, joissa oppilaat ovat ryhmätilanteissa kertoneet omista ja siinä sivussa myös koko perheen terveystottumuksista. Asetus edellyttää, että oppilas tavataan jokaisella vuosiluokalla ja terveystarkastukset ovat asiakaslähtöisiä niin, että oppilaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tekijät selvitetään kunkin yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Laajoissa terveystarkastuksissa hyvinvointiarvio on tarkoitus tehdä terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyönä. Tähän tarvitaan yhteistä keskustelua sekä ennen että jälkeen tarkastuksen (Wiss, 2016.). Siksi suositeltavaksi onkin nähty toimintatapa, jossa lääkäri ja terveydenhoitaja ovat terveystarkastuksissa paikalla samanaikaisesti.

Terveystarkastuksiin varattu aika

Kyselyssä tiedusteltiin, kuinka paljon terveydenhoitajat käyttävät terveystarkastuksiin aikaa minuutteina, mikäli laajat terveystarkastukset luokka-asteilla 1, 5 ja 8 toteutetaan lääkärin kanssa erillisinä. Kyselyn mukaan keskimääräinen aika, joka terveydenhoitajalle on varattu edellä mainittuun laajaan terveystarkastukseen (luokilla 1, 5 ja 8) on 1 tunti 10 minuuttia ja lääkärin tarkastukseen varatun ajan mediaani on noin 30 minuuttia.

Muutama vastaajista ilmoitti, että heidän koulussaan on käytössä asetuksen ohjeistuksesta poikkeava terveystarkastusaikataulu. Näissä tapauksissa esim. 5. ja 6. luokan tarkastus oli yhdistetty siten, että terveydenhoitaja tapasi oppilaan vaikkapa 5. luokalla ja lääkäri (mahdollisesti yhdessä terveydenhoitajan kanssa) 6. luokalla ja vain toiseen tapaamiseen osallistuivat oppilaan vanhemmat. Toinen asetuksen ohjeistuksesta poikkeava tapa oli toteuttaa 8. luokan laajat terveystarkastukset siten, että terveydenhoitaja tapaa oppilaan vanhempineen 7. luokan alkaessa ja lääkärin tarkastus on 8. luokalla, jonne vanhemmille tarjotaan mahdollisuus tulla mukaan, mutta näihin tarkastuksiin vanhemmat kuitenkin harvemmin osallistuvat, koska ovat tavanneet terveydenhoitajan jo 7. luokan aikana.

Suurin osa vastaajista näki erityisesti laajat tarkastukset hyödyllisinä ja hyvin ennalta ehkäisevää työtä tukevinä, kunhan niihin on käytettävissä riittävästi aikaa. Mikäli tarkastus tehdään suositusten mukaisesti siten, että paikalla on yhtä aikaa terveydenhoitaja, lääkäri, oppilas ja vanhemmat, on 30 minuuttia usein liian lyhyt aika, vaikka terveydenhoitaja olisikin edeltä käsin tavannut oppilaan.

Asetuksen toimeenpanoon liittyvän tutkimuksen rinnalla kouluterveydenhoitajille tehtiin kysely, jossa selvitettiin mm. työajan käyttöä ja työn sisältöä. Tämän kyselyn tulosten pohjalta lähdimme liitossa kehittämään kouluterveydenhoitajan työn kuormittavuutta mittaavaa laskuria, joka otettiin jäsenistön käyttöön helmikuussa 2019. Laskurin suunnittelu edellytti

mahdollisimman tarkkaa tietoa siitä, kuinka paljon aikaa asetuksen mukaisen terveystarkastuksen toteuttaminen vaatii. Useimmat vastaajat näkivät, että kokonaisuutena laadukkaan, laajan terveystarkastuksen toteuttaminen vaatii terveydenhoitajalta aikaa n. 1.5 tuntia. Esimerkiksi terveydenhoitajan tarkastus (1tunti) ja yhdessä perheen ja lääkärin kanssa toteutettu tarkastus (30 minuuttia) tai terveydenhoitajan tarkastus (45 minuuttia) ja yhdessä perheen ja lääkärin kanssa tehty tarkastus (45minuuttia). Määräaikaistarkastuksiin suunniteltu aika vaihteli 20 minuutista tuntiin riippuen luokka-asteesta ja tarkastuksen toteuttamistavasta eli toteutettiin tarkastus esimerkiksi ryhmämuotoisesti.

Terveydenhoitajien kokemuksia laajoista terveystarkastuksista

Vastaajista valtaosa ilmoitti, että työaikaa kuluu paljon pelkästään laajojen tarkastusten suunnitteluun, ajanvaraukseen, haastattelulomakkeiden toimittamiseen sekä vanhemmille että opettajille ja asiakastietojen kirjaamiseen. Tarkastusten aikataulutusta koettiin erityisen haasteelliseksi, jos sama terveydenhoitaja työskenteli useammalla eri koululla.

”Laajat tarkastukset edellyttävät useiden eri tahojen aikataulujen yhteensovittamista (oppilas, vanhemmat, terveydenhoitaja, lääkäri, luokanopettaja ja liikunnanopettaja, jolta saadaan Move - testien tulokset tarkastuksiin) ja tämä työ kuuluu terveydenhoitajalle”

Osa vastaajista pohti sitä, että asioiden esiin nostaminen ja perheiden tuen tarpeen selvittely edellyttää jatkossa aikaa myös tukea perheitä ja varata esimerkiksi aikaa lisä- ja seurantakäynneille. 93 prosenttia vastaajista ilmoitti, että kouluissa oli oppilaille tarjolla myös avoimia vastaanottoaikoja ilman ajanvarausta. Mikäli koululla toimiva lääkäri vaihtuu kovin usein tai lääkäriresurssit ovat riittämättömät, on työpari -työskentelylle asetettuja tavoitteita vaikea saavuttaa. Kyselyn mukaan 77 prosenttia koululääkäreistä työskenteli kouluterveydenhuollossa osa-aikaisesti. Vaihtuvien lääkäreiden perehdyttäminen paikallisiin työtapoihin ja käytäntöihin vie myös runsaasti terveydenhoitajan työaikaa.

”Laajojen terveystarkastusten toteuttaminen on työntekijälle vaativaa, mutta tarkastukset ovat hyödyllisiä ja antoisia ja toimivat hyvin lasten parhaaksi.”

Vastausten perusteella oli nähtävissä se, miten eri tavoin kouluterveydenhuollon palvelut on eri puolilla Suomea järjestetty. Suurissa kasvukeskuksissa oppilaitosten oppilasmäärät mahdollistavat usein sen, että samalla koululla voi työskennellä useampikin terveydenhoitaja tai vähintäänkin niin, että terveydenhoitajalla on vain yksi työpiste. Asukasluvultaan pienemmissä kunnissa terveydenhoitajalla voi olla hoidettavanaan useita kouluja, koska koulujen oppilasmäärät ovat pienempiä. Terveydenhoitajalle voi kuulua myös kouluterveydenhuollon lisäksi yksi tai jopa useampia muita ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tehtäviä. Osa kyselyyn vastanneista ilmoitti työskentelevänsä kouluterveydenhuollon lisäksi mm. terveystieteiden tutkimuskeskuksena, astmahoitajana, diabeteshoitajana tai perhesuunnitteluneuvonnassa.

Tällöin terveydenhoitaja ei ole kouluilla tavoitettavissa päivittäin vaan esimerkiksi kerran viikossa. Työpisteiden välimatka voi olla useita kymmeniä kilometrejä ja siirtyminen työpisteestä toiseen on huomioitava myös työajassa. Terveydenhoitajalla on tällaisessa tilanteessa useita eri työyhteisöjä ja yhteistyökumppaneiden määrä on suurempi kuin työskenneltäessä yhdessä toimipisteessä. Myös oman työn organisointi ja työajan käytön suunnittelu ovat edellä mainitussa tilanteessa vaativampia.

Nyt tehdyssä kyselyssä, kuten jo Valviran vuonna 2011 tekemässä selvityksessäkin, nousi esiin alueellinen lääkäriresurssien puute sekä koululääkäreiden vaihtuvuus. Mikäli laajoja terveystarkastuksia ei lääkäreiden puutteen vuoksi voida toteuttaa asetuksen edellyttämällä tavalla, kasvaa terveydenhoitajien vastuu. Uusien lääkäreiden perehdytys puolestaan lisää terveydenhoitajien työmäärää.

Perheiden osallistuminen laajoihin terveystarkastuksiin.

Kyselyssä selvitettiin myös terveydenhoitajien näkemyksiä siitä, kuinka monta prosentti laajoiksi suunnitelluista terveystarkastuksista oli jäänyt lukuvuoden 2015- 2016 aikana ns. määräaikaistarkastuksiksi, koska kumpikaan lapsen vanhemmista ei osallistunut tarkastukseen. 1. luokan laajoihin terveystarkastuksiin vanhemmat osallistuivat kyselyyn mukaan lähes 100 prosenttisesti, mutta 8. luokan tarkastuksista 27,5 prosenttia jäi määräaikaistarkastuksiksi, koska vanhemmat eivät osallistuneet laajaan terveystarkastukseen. Terveydenhoitajien mukaan viisi tavallisinta syytä siihen, miksi vanhemmat eivät aina osallistu kouluterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin olivat:

- Vanhempien on vaikea järjestää töitään siten, että he voisivat osallistua lapsensa terveystarkastukseen (93 %).
- Lapset kieltävät vanhempiaan osallistumasta tarkastukseen (62 %).
- Sopivia aikavaihtoehtoja ei ole tarjolla tai aikaa ei voi vaihtaa (38 %).
- Työnantajat suhtautuvat kielteisesti vanhempien työstä poissaoloon lapsen tarkastuksen vuoksi (36 %).
- Vanhempien voimavarat eivät riitä perheen hyvinvoinnista keskusteluun (28 %).

Osa terveydenhoitajista näki, että terveydenhoitajan omalla toiminnalla ja toimintatavoilla on suuri vaikutus siihen, saadaanko vanhemmat mukaan tarkastuksiin vai ei.

” Yksisuuntainen varatusta ajasta tiedottaminen ei ole yhteistyötä, sen sijaan on kysyttävä, mikä aika teille sopii.”

Mikäli tarkastuksiin varattu aika on liian lyhyt, kokevat vanhemmat helposti tarkastuksiin osallistumisen turhana. Myös kielivaikeudet (21 %) nähtiin yhdeksi merkittäväksi syyksi siihen, miksi vanhemmat eivät aina osallistu lapsensa terveystarkastuksiin. Mikäli lapsen vanhemmat ovat eronneet ja kouluterveydenhuollon laajoihin tarkastuksiin aika varataan sähköisesti, voi molemmille vanhemmille sopivan ajan löytäminen sähköisen ajanvarauksen kautta olla vaikeaa. Osa vastaajista näki, jotkut vanhemmat eivät koe osallistumista tarpeellisena, koska lapsen asiat vaikuttavat olevan kunnossa. Jotkut taas yksinkertaisesti unohtavat sovitun ajan.

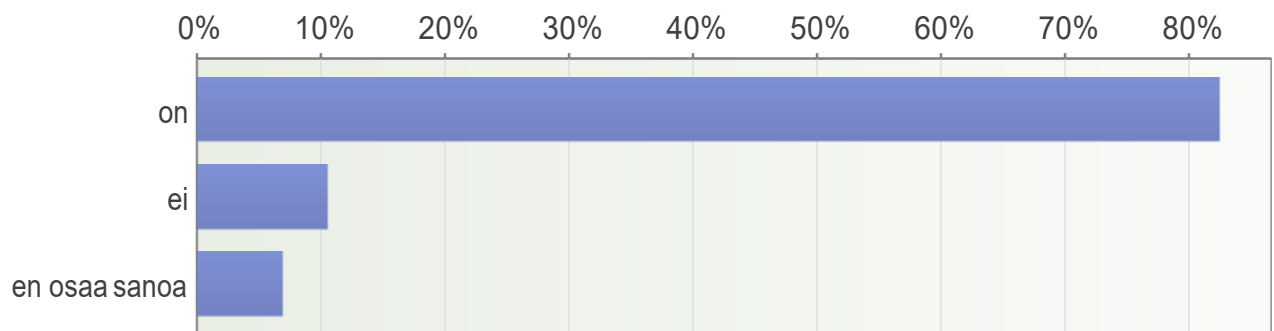
”Vanhempien osallisuus on lisääntynyt ja vanhemmat tulevat hyvin mukaan laajoihin terveystarkastuksiin.”

Koska asetuksen keskeisenä tavoitteena on koko perheen hyvinvoinnin selvittäminen, on vanhempien osallistuminen laajoihin terveystarkastuksiin ensiarvoisen tärkeää. Terveystarkastukseen on varattava riittävästi aikaa, jotta perheille annetaan aidosti mahdollisuus keskustella asioista. Perheiden tulee myös kokea olevansa tervetulleita mukaan lapsensa tarkastuksiin.

Lasten osallistuminen määräaikaisiin terveystarkastuksiin

On myös todettu (Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit, 2018) , että kaikki oppilaat eivät osallistu määräaikaisiin terveystarkastuksiin. Asetuksen mukaisesti terveystarkastuksista poisjäävien oppilaiden poisjäännin syy ja mahdollinen tuen tarve tulisi selvittää. Kyselyyn vastanneista 4 prosenttia ilmoitti, ettei poisjäännin syytä selvitetä ja 2 prosenttia ilmoitti, ettei mahdollista tuen tarvettakaan selvitetä.

60 prosenttia vastaajista ilmoitti, että kouluterveydenhuollon laajoista terveystarkastuksista tehdään asetuksen edellyttämät luokkakohtaiset yhteenvedot. Kouluterveydenhuollon ja terveystiedon opetuksen yhteistyötä selvittelevään kysymykseen, onko kouluterveydenhuollon terveysneuvonta sovitettu yhteen terveystiedon opetuksen kanssa, 71 prosenttia vastasi, että näin ei koululla ole toimittu. 86 prosenttia vastaajista ilmoitti osallistuvansa aina yhteisöllisen oppilashuoltoryhmän* kokouksiin ja 10 prosenttia ilmoitti osallistuvansa aina myös yksilöllisten oppilashuoltoryhmien kokouksiin. 68 prosenttia vastaajista ilmoitti osallistuvansa yksilöllisiin oppilashuoltoryhmiin vain tarvittaessa. Asetuksen mukainen koulujen terveydellinen tarkastus oli viimeisen kolmen vuoden kuluessa tehty 82.5 prosentissa kouluista.



Kuva 9 Asetuksen mukainen koulujen terveydellisten olojen tarkastus tehty viimeisen kolmen vuoden aikana.

9 ANALYYSIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

9.1 Ohjaustapahtuma kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanossa

Kouluterveydenhuoltoa lähdettiin kehittämään erilaisia ohjausmenetelmiä käyttäen. Tässä tapauksessa vahvimmin uudistusta ohjaa normi- eli sääntöohjaus ja sen lisäksi informaatio- ja resurssi- ohjaus. Normi- eli sääntöohjauksena toimii asetus (A 338/2011). Normiohjaus kohdistuu valtion taholta kouluterveydenhuollon toiminnasta vastuussa oleviin tahoihin eli kuntiin, joiden järjestämään ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon tehdään uudistuksia muuttamalla kouluterveydenhuollon sisältöä. Valtionohjauksen ohjausmuodot eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä vaan niissä voi yhdistyä useita eri ohjausmuotoja. Aina ei voi edes erottaa, onko kyseessä sääntely, informaatio-ohjaus vai jokin muu ohjausmuoto. Toimeenpano nähdään valtion normiohjauksen tuloksena ja normiohjaus, kuten muutkin ohjausmuodot, sisältävät aina myös informaatiota. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 17; Niiranen 2010,99-100.)

9.2 Teoreettinen lähestymistapa kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanossa

Omaa tutkimustani ohjaavat ohjausmalli - ajattelun lisäksi implementaatioteoria ja neuvolatyötä, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä ennalta ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen tavoitteet. Alun perin Donald van Meterin ja Carl von Hornin esittämä ylhäältä alas – lähestymistapa sopii mielestäni parhaiten oman, normiohjauksen toimeenpanoa tutkivan tutkielmani lähestymistavaksi, koska kiinnostukseni kohdistuu siihen kuinka muodollisesti hyväksytyjä politiikkapäätöksiä pannaan täytäntöön. Ylhäältä alas – lähestymistavan mukaan päätöksentekijä asettaa tavoitteet ja käy läpi vaihtoehdot, joiden avulla tavoitteet voidaan saavuttaa sekä valitsee sopivimmat vaihtoehdot. Sen jälkeen hallinto vastaa tavoitteiden toteuttamisesta. Lähestymistapa tunnistaa siis ensin

viralliset tavoitteet ja seuraa sitten toimeenpanoprosessia, osoittaen onko ja missä kohdin aikomuksista ja säännöistä poikettu.

Sabatierin (1986, 315) mukaan toimeenpanotutkimuksen merkittävin löytö oli, että tärkeimpiä toimijoita eivät ole poliittiset päättäjät vaan ne henkilöt, jotka käytännössä huolehtivat toimintaohjelmien toimeenpanosta. Sabatierin näkemyksen mukaan perustason toimeenpanijoille jää suuri harkintavalta juuri siksi, koska säädösten ohjeet ovat epäselviä ja toimeenpanon kontrollointi heikkoa. Omassa tutkimuksessani tarkastelenkin kouluterveydenhuoltoa määrittelevän asetuksen toimeenpanoa juuri eri puolilla Suomea työskentelevien perustason työntekijöiden eli kouluterveydenhoitajien näkökulmasta.

Tutkimukseni tavoitteena on ollut selvittää, miten asetuksen mukaiset, kouluterveydenhuollon sisältöä koskevat uudistukset on kunnissa toimeenpantu. On myös mielenkiintoista nähdä, onko ylhäältä alas - lähestymistapaan kohdennettu kritiikki siitä, että päättäjät eivät voi hallita kaikkia tavoitteiden saavuttamiseen johtavia vaihtoehtoja, oikeutettua. (Leskinen 2001, 90.)

Leskisen (2001) mukaan toimeenpanossa on usein ylhäältä alas -lähestymistavan tutkimuskohteena jokin hierarkkisesti ylemmällä tasolla annetun toimintaohjelman toteuttaminen hierarkian alemmilla tasoilla. Malli sisältää kuusi eri tekijää, jotka vaikuttavat toimintapolitiikan ja sen onnistuneen toimeenpanon väliseen ketjuun. Nämä tekijät ovat 1) toimintapolitiikan normit ja tavoitteet, 2) resurssit, 3) taloudelliset ja sosiaaliset sekä poliittiset olosuhteet, 4) toimeenpanijoiden ominaisuudet, 5) organisaatioiden välinen vuorovaikutus ja toimeenpanon tuki, seuranta ja jatkotoimenpiteet sekä 6) toimeenpanevien viranomaisten halukkuus (Leskinen 2001, 90).

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Asetuksen toimeenpanon arviointi ja tutkimuskysymyksiin vastaaminen edellyttävät sekä asetuksessa määriteltyjen sisällöllisten tekijöiden toteutumisen arviointia että toimeenpanoon vaikuttaneiden tekijöiden kartoittamista kouluterveydenhoitajan työssä.

Seuraavassa olen Leskisen (2001, 90) mainitsemien tekijöiden valossa ja tutkimustulosten analyysiin perustuen pohtinut kouluterveydenhuoltoa määrittävän asetuksen ja sen toimeenpanon välistä yhteyttä. Lisäksi olen pyrkinyt selvittämään poliittisen päätöksenteon seurauksena syntyneen toimintapolitiikan ja sen onnistuneen toimeenpanon väliseen ketjuun vaikuttavia tekijöitä.

10.1 Toimintapolitiikan normit ja tavoitteet

Kuten tutkielmani johdannossakin on todettu, 2000-luvun alussa Suomessa havahduttiin informaatio-ohjauksen heikkouteen ja sen seurauksena väestön jatkuvasti kasvaviin terveyseroihin. 1990-luvun laman aikana kunnat olivat joutuneet lähinnä reagoimaan välittömiin kustannustarpeisiin, jolloin toimintoja oli priorisoitu ja resursseja keskitetty pääasiassa sairaanhoitoon. Vuosina 2005 ja 2006 toteutettu kansanterveyslain uudistus toi takaisin asetuksenantovaltuudet ja mahdollisuuden normiohjauksen keinoin laajemmin vaikuttaa julkisen terveydenhuollon kehittämiseen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos selvitti terveyskeskusten valmistautumista asetuksen velvoitteiden toimeenpanoon keväällä 2010 toteutetulla selvityksellä. Selvityksestä annetussa raportissa kuvataan tilannetta terveyskeskuksissa vuoden 2009 toiminnan ja vuoden 2010 suunnitelman kautta. Tuolloinhan kaikki asetuksen velvoitteet eivät vielä olleet kuntia sitovia. Kouluterveydenhuollossa terveydenhoitajien mitoitussuosituksat täytyivät TEA:n raportin mukaan vuonna 2010 vain 60 prosentissa terveyskeskuksista ja lääkärimitokitukset ainoastaan 5 prosentissa, vaikka lähtökohtana oli ollut, että asetuksen mukaisten palvelujen järjestäminen

edellyttää 2000-luvun alussa STM:n antamien suositusten mukaisia henkilöstömääriä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Herääkin kysymys, olisiko asetuksen toimeenpanon edistämiseksi pitänyt vielä ennen asetuksen voimaantuloa varmistaa, että kouluterveydenhuollon henkilöstömäärä kunnissa oli STM:n aiempien suositusten mukainen. Tai olisiko niiltä kunnilta, joissa henkilöstömäärä ei asetuksen voimaan tullessa ollut suositusten mukainen, pitänyt edellyttää asetuksen toimeenpanon varmistamiseksi kunnille myönnetyn korotetun peruspalveluiden valtiosuuden käyttämistä kouluterveydenhuollon henkilöstön palkkaamiseen?

10.2 Resurssit

Valviran vuonna 2011 tekemästä kyselystä selvisi, että terveydenhoitajien ja koululääkäreiden henkilöstömitoitukset olivat kunnossa vain noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa. Alhaisista mitoitusluvusta huolimatta terveyskeskuksista yli 80 prosenttia ilmoitti kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten toteutuvan asetuksen mukaisesti. Aluehallintovirastot pyysivätkin vuonna 2012 lisäselvitystä osalta niistä terveyskeskuksista, jotka ilmoittivat laajojen terveystarkastusten toteutuvan, vaikka joko terveydenhoitajien tai lääkäreiden tai molempien henkilöstömitoitus oli suosituksiin nähden huomattavan alhainen. (Valvira, 2011).

Eryityisesti henkilöstöresurssien osalta lähtökohdat asetuksen mukaisen toiminnan toteuttamiseen vaihtelivatkin paljon kuntakohtaisesti, mikä näkyi selkeästi kyselyni avoimissa vastauksissa. Osassa kunnista kouluterveydenhuolto oli toimeenpantu asetuksen edellyttämällä tavalla ja asetuksen nähtiin tuoneen paljon positiivisia asioita kouluterveydenhuoltoon. Toisaalta osa vastaajista koki asetuksen vain lisänneen työn kuormittavuutta ja jopa heikentäneen kouluterveydenhuollon palvelujen laatua ja saatavuutta.

Koska asetuksen toimeenpanon varmistamiseksi kunnille myönnetty korotettu valtiosuus ei ollut niin sanotusti korvamerkitty tähän tarkoitukseen, jäi päätäväksi asiassa kunnille. Osa kyselyyn vastanneista ilmoitti, että omassa kunnassa valtiosuus oli käytetty kouluterveydenhuollon henkilöstön palkkaamiseen ja näissä kunnissa kouluterveydenhuolto myös toteutui asetuksen edellyttämällä tavalla. Valtaosa kyselyyn vastanneista

terveydenhoitajista ei kuitenkaan tiennyt, mihin korotettu valtionosuus omassa kunnassa oli käytetty. Vaikka korotetun valtionosuuden maksamisessa onkin kyse resurssiohjauksesta, liittyy siihen toimeenpanon näkökulmasta olennaisesti myös henkilöstön informointi valtionosuuden käyttötarkoituksesta.

Osa nyt tehtyyn kyselyyn vastanneista kouluterveydenhoitajista ilmoitti, että terveystarkastukset kyllä tehdään oppilaille asetuksen mukaisesti, mutta tarvittaviin lisäkäynteihin ei ole antaa aikoja. Yhteistyö koulun muiden toimijoiden kanssa on vähentynyt, osa määräaikaisista terveystarkastuksista on muutettu ryhmätapaamisiksi ja oppilaskohtaisiin terveystarkastuksiin varataan aiempaa lyhyempi aika. Mikään edellä mainituista toteutustavoista ei kuitenkaan johda asetuksen mukaisiin tavoitteisiin. Asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. (A338/2011 1§, 1 mon.).

Asetus määrittelee hyvin tarkasti kouluterveydenhuollon ja terveystarkastusten sisällön, mutta ei esimerkiksi tarkastuksiin käytettävää aikaa. Herääkin kysymys, olisiko asetuksen toimeenpanon edistämiseksi tarkastusten sisällön lisäksi ollut hyvä määritellä myös oppilaskohtaisiin tarkastuksiin käytettävä vähimmäisaika. Asetus ei myöskään sisällä säännöksiä terveydenhoitajien tai lääkäreiden henkilöstömitoituksista, vaan mitoitusten perustana ovat edelleen STM:n vuonna 2004 julkaisemat henkilöstömitoitussuosituksat. Asetuksen voimassaolon aikana on monissa kunnissa maahanmuuttajataustaisten ja muuta kuin suomea äidinkielenään puhuvien henkilöiden määrä lisääntynyt (Tilastokeskus, 2017). Kuitenkin 70 prosenttia kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei alueen tai sen väestön erityispiirteitä (monikulttuuriset perheet, sosioekonomiset taustatekijät tai pitkät välimatkat) ole huomioitu kouluterveydenhuollon henkilöstöresurssien suunnittelussa ja osa työnantajista pitää edelleen tiukasti kiinni vanhoista henkilöstömitoitussuosituksista, koska uudempiakaan ei ole käytettävissä. Nuo 15 vuotta sitten annetut henkilöstömitoitussuosituksat eivät kuitenkaan enää tänä päivänä mahdollista asetuksen määrittelemän kouluterveydenhuollon toimeenpanoa. On myös kuntia, joissa asukkaiden ikärakenteessa on tapahtunut viimeisten vuosien aikana selkeitä muutoksia, kun syntyvyys kunnan alueella on vähentynyt (Tilastokeskus, 30.9.2019). Osa näistä kunnista on päätenyt jopa pohtimaan ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa tekevän henkilöstön, kuten kouluterveydenhoitajien määrän vähentämistä. Kuntalaisten ikärakenteen muuttuminen mahdollistaisi kuitenkin näille kunnille resurssien kohdentamisen asetuksen mukaisten toimintojen toimeenpanoon, mikäli henkilöstöresurssit on asetuksen voimaantulon jälkeen todettu riittämättömiksi.

10.3 Taloudelliset, poliittiset sekä sosiaaliset olosuhteet

Miten normiohjauksen toimeenpanoon vaikuttavat kunnan taloudelliset, poliittiset ja sosiaaliset olosuhteet? Kuntien terveydenedistämistä aktiivisuutta kartoittavasta TEA- viisari 2018 kyselystä kävi ilmi, että 88 prosenttia kuntien terveyskeskuksista oli tuottanut kunnalle tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttaneista tekijöistä. Saman kyselyn mukaan vain 55 prosenttia kunnista oli lukuvuonna 2017-2018 huomionnut maahanmuuttajataustaisten ja ulkomaalaisten oppilaiden määränhenkilöstön työpanoksen jakamisessa alueen eri kouluihin ja oppilaitoksiin.

Kyse on siis ”ylhäältä alas” tapahtuvasta resurssi- ja informaatio-ohjauksesta, jolla annetut säädökset pyritään saamaan toimiviksi käytänteiksi.” Ylhäältä alas” informaatio- ohjaus edellyttää kuitenkin ajankohtaista tietoa niistä olosuhteista, resursseista ja mahdollisista ongelmista, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä vaikuttavat säädösten toimeenpanoon. (Uusitalo, 1999,1-2.)

Olisiko toimeenpanon onnistumiseen ollut mahdollista vaikuttaa, jos kuntapäätäjillä olisi ennen asetuksen voimaantuloa ollut käytettävissään enemmän tutkittua tietoa lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä siitä, miten kouluterveydenhuolto kunnissa toteutui esim. vuosina 2005-2008 ennen asetuksen voimaantuloa?

Valtuustokausi on nelivuotiskausi ja kunnan poliittiset voimasuhteet saattavat muuttua valtuuston vaihtuessa. Tällä voi olla vaikutusta myös siihen, miten paljon resursseja suunnataan ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon ja perusterveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Tätä ei pystytty selvittämään nyt tehdyssä tutkimuksessa, mutta esimerkiksi 1990- luvun laman vaikutusten kohdentuminen ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon ja muun muassa kouluterveydenhuollon palveluihin, on tutkimusten mukaan ollut selkeästi havaittavissa (MTV uutiset, 13.10.2013).

10.4 Toimeenpanijoiden ominaisuudet ja toimeenpanevien viranomaisten halukkuus

Toimeenpanijoiden ominaisuuksista tai halukkuudesta asetuksen toimeenpanoon ei tämän tutkimuksen perusteella ole mahdollista tehdä johtopäätöksiä. Tosin niissä työpaikoissa, joissa kouluterveydenhuolto toteutui asetuksen edellyttämällä tavalla, työntekijät kokivat asetuksen hyödyllisemmäksi ja kokivat, että työrauha oli aiempaa parempi ja moniammatillinen yhteistyö toteutui kouluterveydenhuollossa aiempaa paremmin. Päinvastaisessa tilanteessa työntekijät taas kokivat asetuksen edellyttämien tehtävien toteuttamisen erittäin kuormittavaksi ja työn muuttuneen pakkotahtiseksi. Eräs vastaajista sanoi työn muuttuneen jopa liukuhihnatyön tyyppiseksi ja useampi ilmoitti työuupumuksen lisääntyneen.

10.5 Organisaatioiden välinen vuorovaikutus ja toimeenpanon tuki, seuranta ja jatkotoimenpiteet

Asetuksen mukaisen toiminnan toimeenpano edellyttää kunnissa hyvää suunnittelua ja useiden kunnan hallintokuntien välistä yhteistyötä. Kunnan on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma, joka kouluterveydenhuoltoon tulee laatia yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Toimintaohjelmassa sovitaan asetuksen mukaisesta yhteistyöstä, työnjaosta ja käytettävistä menettelytavoista. Ohjelman tarkoitus on varmistaa kaikille kuntalaisille yhtenäiset palvelut. (STM 2009: 20.)

Tutkimuksen mukaan 40 prosenttia vastaajista ei tiennyt, oliko kunnassa laadittu edellä mainittua toimintaohjelmaa, jolloin on ymmärrettävää, että heillä ei ollut myöskään tietoa toimintaohjelmassa määriteltävistä toimeenpanossa käytettävistä menettelytavoista. Niissä kunnissa, joissa toimintaohjelma oli työntekijöille tuttu, nähtiin työtapojen yhtenäistymisen lisänneen palveluiden tasavertaisuutta. Jotkut vastaajat ilmaisivat myös huolensa kunnan eri hallintokuntien yhteistyön säilymisestä, mikäli Juha Sipilän hallituksen suunnittelema sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos olisi toteutunut. Suunnitellussa sote-uudistuksessa kouluterveydenhuolto olisi siirtynyt maakuntien alaisuuteen muiden oppilashuoltopalveluiden jäädessä kuntiin.

Asetuksen (338/2011) mukaisen toiminnan valvontaa varten Valvira ja aluehallintovirastot valmistelivat vuosiksi 2012 – 2014 valtakunnallisen valvontaohjelman, jonka tarkoituksena on

ollut varmistaa, että kaikissa kunnissa palvelut on annettu asetuksen mukaisesti. Valvonnan nähtiin näin olevan suunnitelmallista, avointa ja läpinäkyvää. (Valvira 13 / 2011, 2.)

Asetuksen valvonta taas on ensisijaisesti etukäteisvalvontaa, johon kuuluvat yhteydenotot kuntiin ja kuntakäynnit. Asetuksen astuttua voimaan on aluehallintovirastojen tehtävä ollut myös informoida kuntia asetuksen toimeenpanosta ja sen vaatimista resursseista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20.) Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämät tilastotiedot ja kehitteillä oleva avohoidon ilmoitusjärjestelmä ovat osa etukäteisvalvontaa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20).

Terveystarkastusten ja terveysneuvonnan kautta saatuja tietoja tulee asetuksen mukaan hyödyntää myös palveluiden suunnittelussa (A 380/2009). Tietojen keruu luo siis pohjan toiminnan suunnittelulle. Kyselyn avoimissa vastauksissa tuotiin kuitenkin seurannan negatiivisena puolena esiin lisääntynyt asiakastietojen kirjaaminen ja lisääntynyt tilastointi, joihin kuluu yhä suurempi osa terveystarkastuksiin varatusta ajasta.

10.6 Muut toimeenpanoon vaikuttavat tekijät

Asetuksen (338/2011) mukaisesti tiedotuksen, koulutuksen ja kansallisen kehittämistyön nähtiin tukevan toimeenpanon onnistumista. Asetustekstissä todetaan, että esim. terveysneuvonnan tulee olla tarpeenmukaista ja ajantasaista sekä tutkimukseen perustuvaa tietoa (A 230/2009, 15 §), minkä vuoksi työntekijöille on taattava mahdollisuus riittävään ja ajanmukaiseen täydennyskoulutukseen.

Avoimissa vastauksissa nostettiin esiin lukuisia asetuksen ulkopuolisia tekijöitä, jotka vastaajien näkemyksen mukaan ovat vaikuttaneet asetuksen toimeenpanoon joko suoraan tai välillisesti. Tällaisia tekijöitä olivat mm. työntekijän työpisteiden / koulujen lukumäärä, maahanmuuttajataustaisten tai äidinkielenään muuta kuin suomea puhuvien oppilaiden määrä sekä erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden määrä. Kaikki edellä mainitut tekijät edellyttävät työntekijältä enemmän aikaa terveystarkastusten toteuttamiseen ja vaikuttavat siten välillisesti asetuksen toimeenpanoon. Samansuuntainen vaikutus on ollut myös kouluikäisten lasten kansalliseen rokotusohjelmaan viime vuosien aikana lisätyillä rokotteilla ja erilaisilla tehtävänsiirroilla, joita terveydenhoitajille on siirtynyt mm. lääkäreiltä ja sosiaalityöntekijöiltä. Myös muut terveydenhoitajan työhön vaikuttavat säädökset, kuten vuonna 2013 voimaan tullut oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (L1287/2013), ovat tuoneet työhön lisävelvoitteita, joilla on ollut välillinen vaikutus asetuksen toimeenpanoon. Laki velvoittaa kouluterveydenhoitajia

osallistumaan esimerkiksi aiempaa tiiviimmin sekä yksilöllisiin että yhteisöllisiin oppilashuoltoryhmien tapaamisiin.

Tutkielmassa käyttämäni van Meterin ja von Hornin teoreettinen ylhäältä – alas - lähestymistapa tunnistaa siis ensin viralliset tavoitteet ja seuraa sitten toimeenpanoprosessia, osoittaen onko ja missä kohdin aikomuksista ja säännöistä poikettu. Sabatier (1986, 315) puolestaan näkee, että tärkeimpiä toimijoita eivät olekaan poliittiset päättäjät vaan ne henkilöt, jotka käytännössä huolehtivat toimintaohjelmien toimeenpanosta. Onnistunut toimeenpanoprosessi siis edellyttäisi päättäjiltä prosessin tiivistä seuranta, joka perustuisi käytännön työntekijöiltä saatuun palautteeseen siitä, miten tässä tapauksessa kyseinen kouluterveydenhuolto määrittelevä asetus on toimeenpantu. Moni tutkielman kyselyyn vastanneista kouluterveydenhoitajista toivat kuitenkin esiin sen, että työnantajan asettamien tavoitteiden ja resurssien kesken on selkeä ristiriita ja työntekijät kokevat, että vastuu asetuksen mukaisesta toiminnasta on jätetty työntekijöille. Tämä herättääkin kysymyksen, onko työntekijöiltä kerätty systemaattisesti palautetta esimerkiksi asetuksen määrittelemien terveystarkastuksen sisältöjen toteutumisesta vai ainoastaan siitä, onko asetuksen mukaiset terveystarkastukset pystytty tekemään kaikille oppilaille vuosittain. Saadaanko tilastoinnin ja esimerkiksi asiakaspalautejärjestelmien kautta riittävästi tietoa myös asetuksen mukaisten tarkastusten sisällöllisestä toteutumisesta ja välittykö tämä tieto päättäjille?

11 POHDINTA

Tutkielmani aihe osoittautui juuri niin mielenkiintoiseksi ja toisaalta myös riittävän käytännönläheiseksi kuin alun perin olin ajatellutkin. Tutkielmassani etsin vastauksia normiohjauksen toimeenpanoon vaikuttaviin tekijöihin. Lähinnä siihen, miten yksi tietty normi eli kouluterveydenhuoltoa määrittelevä asetus (338/2011) oli toimeenpantu kouluterveydenhoitajien työssä ja mitkä tekijät vastaajien näkemyksen mukaan olivat vaikuttaneet asetuksen toimeenpanoon. Mielestäni sain puolistrukturoidun kyselytutkimuksen avulla hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiin kyselyn laajuudesta huolimatta ja erityisesti avoimet vastaukset avasivat hyvin toimeenpanon ja siihen vaikuttaneiden tekijöiden välistä yhteyttä. Varsinainen kyselytutkimushan tehtiin jo vuonna 2017 ja tutkielman parissa tehty työ ajoittuu siis useamman vuoden ajalle. Aluksi pelkäsin tämän muodostuvan haitaksi tutkimuksen analysoinnille, mutta jälkikäteen arvioiden tutkielmani suunnitellusta poikkeava aikataulu osoittautuikin tietyiltä osin jopa tutkielman kannalta hyödylliseksi. Kyseisen ajanjakson aikana saatiin lisää valtakunnallista tutkimustietoa tutkielmani aiheesta ja omassa tutkimuksessani saatuja tuloksia on näin ollut mahdollista peilata hieman aiempaa laajempaan aineistoon.

Tutkimustyössäni olen huomionnut myös sen, etteivät mahdolliset ennakkonäkemykset tai omat kokemukseni vaikuta aineiston analyysiin. Tutkimuksen tarkoitus ei ole ollut testata ennalta määriteltyä hypoteesia, vaan tuottaa objektiivista kuvausta tutkittavasta aiheesta. Tutkittavat, joilta aineisto on kerätty, ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti vastaamalla sähköisesti heille lähetettyyn puolistrukturoituun kyselyyn. Tutkimuksessa on noudatettu tutkimuksen teolle tärkeitä eettisiä periaatteita ja tutkimukselle on haettu virallinen tutkimuslupa sekä tehty asianmukainen tutkimussuunnitelma. Kaikki tutkimukseen osallistuneet esiintyvät tutkimusraportissa täysin anonyymeina.

Toimeenpanotutkimuksen avulla pyritään löytämään vastauksia siihen, miten lain tai asetuksen toteutus on onnistunut ja mitä sen toimeenpanosta voidaan oppia. Säädösten toimeenpano sisältää julkisten viranomaisten tekemiä toimenpiteitä säädösten toteuttamiseksi ja lisäksi vuorovaikutusta käytännön toimijoiden ja säätelyn kohteen välillä. (Tala, 2001, 215- 218, 220.) Mielestäni juuri edellä mainituin perustein implementaatioteoria soveltuikin tutkielmani teoreettiseksi viitekehyykseksi.

Yhdeksi modernin sääntelyn tehtäväksi on nähty taloudellisen tuen sääntely (Harisalo ym. 2007,137-139). Myös Meier (1985, 1-2) mainitsee yhdeksi sääntelyn muodoksi resurssien jakamisen. Resurssiohjaukseksi voidaan kutsua myös säädösten toteuttamista varten kunnille myönnettyä valtionapua. Omassa tutkimuksessani juuri resurssiohjauksella näytti vastaajien näkemyksen mukaan olleen suurin vaikutus asetuksen toimeenpanoon. Erityisesti henkilöstöresurssien määrä suhteessa asetuksen määrittelemään toimintaan koettiin toimeenpanon onnistumisen kannalta merkitykselliseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistuksella ja seurannalla on vastaajien mukaan ollut myös tärkeä vaikutus asetuksen edellyttämän toiminnan toteutumiseen kunnissa. Silloin kyse on juuri aiemmin tekstissä kuvatusta ” ylhäältä alas ” tapahtuvasta informaatio-ohjauksesta, jolla annetut säädökset pyritään saamaan toimiviksi käytänteiksi. Tämä ohjaus edellyttää kuitenkin ajankohtaista tietoa niistä olosuhteista, resursseista ja mahdollisista ongelmista, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä vaikuttavat säädösten toimeenpanoon. (Uusitalo, 1999, 1-2.)

Oman tutkimustyöni analysoinnissa heräsikin jatkokysymys ja kenties mahdollinen jatkotutkimuksen aihe, onko tuo edellä kuvattu ajankohtainen tieto toimeenpanoon vaikuttaneista tekijöistä riittävässä määrin välittynyt informaatio- ohjauksesta vastaaville tahoille? Entä onko vuorovaikutus viranomaisten, käytännön toimijoiden ja sääntelyn lopullisen kohteen eli kouluterveydenhuollon asiakkaiden kesken ollut riittävää ja onko konkreettinen tieto asetuksen toimeenpanosta tavoittanut asetuksen toteutumisen seurannasta vastuussa olevat viranomaiset? Jatkossa mielenkiintoinen tutkimusaihe voisi olla myös poliittisten voimasuhteiden muuttuminen kunnallisessa päätöksenteossa ja muutoksen vaikutus esimerkiksi ennaltaehkäisevän terveydenhuollon resurssointiin kunnissa.

LÄHTEET

KIRJALLISUUS

Aarnio, Aulis (1989). Laintulkinnan teoria. Juva: WSOY. 315 s. ISBN 951-0-15493-8.

Ahlstedt, L., Jahnukainen, I. & Vartola, J. (1983). Organisaatio ohjausjärjestelmän julkisessa hallinnossa. Ekonomiasarja. Weilin+ Göös. Espoo.

Ahonen, P. (1985). Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja. Valtiovarainministeriö. Järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S., Teperi, J. toim. (2005). Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Browne, A. & Wildavsky, A. (1984). Implementation as Mutual Adaptation. Teoksessa Jeffrey, L., Pressman, J.L. & Wildavsky, A. toim. (1984). Implementation. Berkeley: University of California Press. California.

Hakulinen - Viitanen, T., Hietanen - Peltola, M., Hustrup, A., Wallin, M., Pelkonen, M. (2012). Laajat terveystarkastukset –ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon toimijoille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opus 22. Helsinki.

Hakulinen T, Hietanen – Peltola M, Vaara S, Merikukka M, Pelkonen M. Laajoista terveystarkastuksista hyötyvät sekä perheet että kouluterveydenhuollon henkilöstö – ammattilaisten kokemuksia. Tutkimuksesta tiiviisti 22, syyskuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Harisalo, R., Aarrevaara T., Stenvall, J., Virtanen, P. (2007). Julkinen toiminta - Julkinen politiikka. Tampere University Press ja tekijät. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere.

Hasenfeld, Yeheskel & Thomas Brock (1991). Implementation of Social Policy Revisited. Administration and Society 22: 4, 451–479.

Hietaniemi- Virtanen, N. (2002). Onko suomalaisissa kunnissa supistamispolitiikkaa? Kuntien perusopetusmenojen supistamistavoitteet ja niiden toimeenpano valituissa tapauskunnissa 1990-luvulla. Acta Wasaensia. No 96. Hallintotiede 6. Vaasa.

Hill, M & Hupe, P. (2014). Implementing Public Policy. SAGE Publications, New York.

Hirsijärvi, S & Hurme, H. (2008). Tutkimus haastattelu. Yliopistopaino. Helsinki.

Husa, Jaakko & Teuvo Pohjolainen (2008). Julkisen vallan oikeudelliset perusteet - johdatus julkisoikeuteen. Toinen, uudistettu painos. Helsinki: Talentum. 311 s. ISBN952-14-1340-7.

Jyränki, A. (1994). Valta ja vapaus. Kaksikymmentäkolme luentoa valtiosääntöoikeuden yleisistä kysymyksistä. Lakimiesliiton Kustannus, Helsinki.

- Karila, A. (1998). Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos: perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Laitinen, Ahti (2002). Oikeussosiologian perusteet. Turku: Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja, rikos- ja prosessioikeuden julkaisusarja. A: 27, 185 s. ISBN 951-29-2180-4.
- Lane, J- E. (2000). New Public Management. London & New York. Routledge.
- Leskinen, H. (2001). Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. Suomen Kuntaliitto. Acta - väitöskirjasarja 1/2001. Helsinki.
- Luopa, P., Harju, H., Puusniekka, R., Jokela, J., Kinnunen, T. & Pietikäinen, M. (2009). Kouluterveys 2008. Etelä-Suomen lääniraportti. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Mazmanian, Daniel A., Sabatier, Paul A., Implementation and Public Policy, University Press of America, 1989.
- Meier, K. (1985). Regulation. Politics, bureaucracy and economics. University of Oklahoma. St. Martin's Press. New York.
- Mäenpää, O. (1997). Hallinto-oikeus. Werner Söderström Lakitieto Oy. Helsinki.
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (2011). Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa – Menetelmäkäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 14. Juvenes Print. Tampere.
- Niiranen Vuokko 2010. Hallinto ja ohjaus. Teoksessa: Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka, 90-106. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Oulasvirta, L., Ohtonen, J. & Stenvall, J. (2002). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Helsinki.
- Parker, Christine, Scott Colin, Lacey, Nicola, Braithwaite, John toim. (2004). Regulating Law. New York.
- Pressman, Jeffrey & Wildavsky, Aaron (1984, alkuperäinen 1973). Implementation. How Great Expectations Are Dashed in Oakland or Why It's Amazing that Federal Programs Work at All. Berkeley jne.: University of California Press.
- Rissanen, S & Lammintakanen, J. (2011). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOYpro, Helsinki.
- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006). Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö, tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Edita Prima Oy, Helsinki. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20060308Hyvaein/10066_3.pdf (Luettu 3.4 2016).
- Ståhl T & Saaristo V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. THL Raportti 21/2011. Helsinki.
- Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja toim. (2010). Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.

Tala, Jyrki (2001). Lakien vaikutukset. Lakiuudistusten tavoitteet ja niiden toteutuminen lainsäädäntöteoreettisessa tarkastelussa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 177. Hakapaino Oy. Helsinki.

Tala, Jyrki (2012). Lainvalmistelu ja sääntelyn vaihtoehdot. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 115. Hakapaino Oy. Helsinki.

Uusitalo, Hannu, Lönnfors, Terhi (1999). Stakes sosiaali- ja terveystalouden informaatio- ohjaajana, kokemuksia ja kehitysnäkymiä. Stakes Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. ISBN 951- 33- 0924- X (verkkojulkaisu). Stakes. Helsinki.

Vartiainen, Pirkko (2000). Evaluointi vertailun välineenä. Teoksessa Salminen Ari (toim.). Hallintovertailun metodologia. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 234. Hallintotiede 26. Vaasan yliopistopaino. Vaasa, 67-87.

Vedung, Evert (2000). Public policy and program evaluation. Transaction publishers, New Brunswick & Lontoo.

Virtanen, Turo, Implementaation käsite ja implementaatiotutkimus – Kohden organisaatioteoriaa? Poliittika 36 (4) 240-260, 1994.

Wiss, Kirsi, Frantsi - Lankia, Marjut, Koskinen, Hanna & Saaristo, Vesa. (2012). Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 71/2012. Juvenes Print . Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Wiss K, Saaristo V, Ståhl T, Peltonen H & Laitinen K. (2014). Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2013. Tutkimuksesta tiiviisti, toukokuu 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Wiss, Kirsi; Hakamäki, Pia; Hietanen-Peltola, Marke; Koskinen, Hanna; Laitinen, Kristiina; Manninen, Marjaana; Saaristo, Vesa; Ståhl, Timo. (2016). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – TEA 2015. STM Tilastokatsaus 2/2016. Helsinki

MUUT PAINETUT LÄHTEET

A 28.5.2009 / 380. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

A 1.5.2011 / 338. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

L 28.1.1972 / 66. Kansanterveyslaki.

L 21.8.1998 / 628. Perusopetuslaki

L 3.8.1992 / 733. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta.

L 11.6.1999 / 731. Perustuslaki.

L 13.4.2007/417. Lastensuojelulaki.

L 30.12.2010 / 1326. Terveyspalvelulaki.

Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001: 8. Terveys 2015- kansanterveysohjelma. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira (2011). Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Ohje 13 / 2011. Dnro 8002/05.00.03/2011. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 8. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen perustelut. Helsinki.

HENKILÖLÄHTEET

Keinänen. Anssi 2014, Lainsäädäntötutkimuksen ja oikeussosiologian perusteet, luennot. Vaasan yliopisto 25.4.2014. Vaasa. Oppimateriaalit: Tala, Jyrki (2005). Lakien laadinta ja vaikutukset. Edita.

Leinonen, Tarja 2010, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kampanjan avaus. Suomen Terveystietäjät, Terveystietäjät 11.2.2010. Järvenpää.

Pelkonen, Marjaana 2011, Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asetus. Terveystietäjät ja hyvinvoinnin laitos, Kouluterveyspäivät 20.9.2011. Espoo.

Ylönen, Anne, Leinonen, Tarja. (2012), Suomen Terveystietäjät kysely. Suomen Terveystietäjät, 18.2.2012. Helsinki.

INTERNET

Kolinmaa, Maire 2009, Terveystarkastukset; sisältö ja määrä. Sosiaali- ja terveysministeriö 21.9.2009 [Viitattu 13.11.2011].

http://www.intermin.fi/.../Terveystarkastukset_Pelkonen_Kolinmaa.pdf.

MTV uutiset 13.10.2013. Haettu osoitteesta <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/1990-luvun-virheet-toistumassa-ehkaisevasta-hoidosta-ei-kannata-saastaa/2336368#gs.fvqy7c> 5.8.2019.

Pelkonen, Marjaana 2009, Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto koskeva uusi asetus 25.8.2009 [Viitattu 13.11.2011]. http://info.stakes.fi/pdf/KTpäivät2009/ti_Pelkonen.pdf

Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2018. Haettu osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto>

Tilastokeskus, tilastot,30.9.2019. Haettu osoitteesta

https://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_2019-09-30_tie_001_fi.html 10.11.2019

Tilastokeskus, tuotteet ja palvelut 2017. Haettu osoitteesta

<https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaalaistaustaiset.html> 5.8.2019.

https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/187/Perusterveydenhuollon_perustaulukot_2018

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupahakemus

Aija Saarinen
HTM-opiskelija, HK, th
Johtamiskorkeakoulu
Tampereen yliopisto
33014 Tampereen yliopisto
aija.saarinen@terveydenhoitajaliitto.fi

12.8.2016
Tutkimuslupahakemus

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Pyydän kohteliaimmin tutkimuslupaa oheiselle tutkimukselle.

Tutkimuksen nimi

Normiohjauksen toimeenpano kouluterveydenhuollossa

Hakijan tiedot

Aija Saarinen

Tuittulantie 274
14700 Hauho
HTM-opiskelija, HK, th
Tampereen yliopisto
Johtamiskorkeakoulu
33014 Tampereen yliopisto
aija.saarinen@terveydenhoitajaliitto.fi

Tutkielman ohjaajat

Jari Stenvall
Professori
Tampereen yliopisto
Johtamiskorkeakoulu
33014 Tampereen yliopisto
puh.0408284350
jari.stenvall@uta.fi

Jani Rajaniemi
Yliopisto-opettaja
Tampereen yliopisto
Johtamiskorkeakoulu
33014 Tampereen yliopisto
jani.rajanieni@uta.fi

Aija Saarinen
HtM-opiskelija, HK, th
Johtamiskorkeakoulu
Tampereen yliopisto
33014 Tampereen yliopisto
aija.saarinen@terveydenhoitajaliitto.fi

12.8.2016
Tutkimuslupahakemus

Hakemus

Olen Tampereen yliopiston hallintotieteen opiskelija. Teen pro gradu -tutkielmaani osana hallintotieteiden maisteriopintoja aiheesta: Normiohjauksen toimeenpano kouluterveydenhuollossa.

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida normiohjauksen toimeenpanoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä kouluterveydenhuollossa ja tarkemmin valtioneuvoston (6.4.2011/338) antaman asetuksen: Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta, toimeenpanon toteutumista. Tavoitteena on selvittää, miten asetuksen toimeenpano on onnistunut ja mitkä tekijät ovat kouluterveydenhoitajien näkemyksen mukaan vaikuttaneet asetuksen toimeenpanoon. Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksen koulutuksellissa ja ammatillisissa edunvalvonnassa sekä laadittaessa liiton kouluterveydenhuoltoa koskevia määrällisiä suosituksia.

Tutkimusaineisto kerätään strukturoidulla / puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Tietotesti lähetetään sähköisessä muodossa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen edustajalle, joka välittää sen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kouluterveydenhoitajille. Aineisto on tarkoitus kerätä aikaisintaan syksyllä 2016. Aineiston analysoidaan ja raportoidaan keväällä 2017. Tutkija toimittaa valmiin pro gradu -tutkielman Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyttöön.

Tutkimussuunnitelma laaditaan syksyllä 2016, jolloin tarkentuvat myös tutkimuskysymykset.

Helsingissä 11.8.2016

Aija Saarinen

Liite 2 Koulu-terveydenhuolto kysely 2017



KYSELY KOULUTERVEYDENHOITAJILLE

Taustatietoja

Vastaajan ikä:

- 20 - 30v.
- 31 - 40v.
- 41 - 50v.
- 51 - 65v.

Terveydenhoitajan työkokemus:

- 1 - 5v.
- 6 - 10v.
- 11 - 15v.
- 16 - 20v.
- 21 - 25v.
- yli 25v.

Maakunta (tulevassa sote- uudistuksessa), jonka alueella työskentelet:

- Lappi
- Kainuu
- ~~Pohjois~~ - Pohjanmaa
- ~~Keski~~ - Pohjanmaa
- Pohjanmaa
- Etelä - Pohjanmaa
- ~~Pohjois~~ - Savo
- ~~Pohjois~~ - Karjala
- Etelä - Savo
- ~~Keski~~ - Suomi
- Etelä - Karjala
- Kymenlaakso
- ~~Päijät~~ - Häme
- Kanta - Häme
- Pirkanmaa
- Varsinais - Suomi
- Satakunta
- Uusimaa

1. Mitä terveydenhoitajan työalueita työhösi kuuluu?

- kouluterveydenhuolto
- kouluterveydenhuolto ja joku muu työalue, mikä?

Jos teet ainoastaan kouluterveydenhuoltoa

Montako alakouluikäistä lasta sinulla on kouluterveydenhuollon asiakkaana?

Montako yläkouluikäistä lasta sinulla on kouluterveydenhuollon asiakkaana?

Jos teet vain kouluterveydenhuoltoa siirry kohtaan 3

2.

- a. Jos teet yhdistettyä työtä, paljonko asiakkainasi on alakouluikäisiä lapsia?
- b. Paljonko asiakkainasi on yläkouluikäisiä lapsia?
- c. Paljonko sinulla on asiakkaina raskaana olevia asiakkaita/perheitä keskimäärin vuodessa?
- d. Paljonko sinulla on asiakkaina lastenneuvola ikäisiä lapsia keskimäärin vuodessa?

e. Paljonko sinulla on asiakkaina opiskelijoita keskimäärin vuodessa?

f. Paljonko sinulla on naisten joukkotarkastusseulonta -asiakkaita vuodessa?

g. Paljonko sinulla on (muuta kuin kouluterveydenhuollon asiakaskuntaan kuuluvia) perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvonnan asiakkaita vuodessa?

3. Kuuluuko työhösi jokin muu työalue, mikä? Ja kuinka monta päivää vuodessa arvelet työajastasi kuluvan kyseiseen tehtävään?

4. Käytetäänkö työssä vuosilomiesi aikana sijaista?

- Ei
- Osittain: 25% loma-ajasta.
- Osittain: 50% loma-ajasta
- Osittain 75 % loma-ajasta
- Kyllä: 100 % loma-ajasta

5. Tehdäänkö kouluterveydenhuollon tarkastuksia koulujen loma-aikoina?

- kyllä
- ei

6. Toimitko itse koulujen loma-aikana toisten terveydenhoitajien sijaisena?

- kyllä
- ei

7. Montako tuntia **viikossa** työajastasi menee kokouksiin (matka-aika mukaan lukien)?

- 0h
- 1h
- 2h
- 3h
- 4 tuntia tai enemmän, paljonko?

8. Montako tuntia **kuukaudessa** työajastasi menee kokouksiin (matka- aika mukaan lukien), jos kokouksia ei ole viikoittain?

- 0h
- 1h
- 2h
- 3h
- 4 tuntia tai enemmän, paljonko?

9. Montako **viikkoa** vuodessa sinulla on opiskelijoita ohjattavana?

- ei lainkaan opiskelijoita
- 1-2vk
- 3-4vk
- 5-6vk
- 7-8vk
- 9-10vk
- 11 viikkoa tai enemmän, paljonko?

10. Montako tuntia kuluu opiskelijan **henkilökohtaiseen** ohjaamiseen / viikko?

- 0h
- 1-2h
- 3-4h
- 5-6h
- 7-8h
- 9-10h

11. Montako tuntia viikossa arvioit työajastasi menevän toimistotöihin? (Ei ajanvaraus eikä asiakastietojen kirjaus, joista on erillinen kysymys) Erilaiset tilaukset, muu kuin aikojen varaamiseen liittyvä postitus, terveyskasvatustuntien suunnittelu, työvuorolistojen suunnittelu, matkalaskujen teko jne.)

- 0h
- 1h
- 2h
- 3h
- 4h
- 5h
- 6 tuntia tai enemmän, paljonko?

12. Montako tuntia viikossa arvioit työajastasi menevän ilman ajanvarausta tehtäviin kouluterveydenhuollon vastaanottoihin eli muuhun vastaanottotyöhön kuin määräaikaisiin tai laajoihin terveystarkastuksiin (esim. sairastuvastaanotto, tapaturmat, lisäkäynnit, kontrollit, rokotukset, joita ei anneta terveystarkastusten yhteydessä jne.)? **HUOMIOI, että aika sisältää myös käynteihin kuuluvan kirjaamisen.**

- 0h
- 1h
- 2h
- 3h
- 4h
- 5h
- 6 tuntia tai enemmän, paljonko?

13. Kuinka suuren osan asiakkaistasi arvioit tarvitsevan lisäkäyntejä sovittujen määräaikaistarkastusten lisäksi? Lisäkäyntien määrässä voi huomioida esim. maahanmuuttaja asiakkaiden ja erityislasten tarvitseman lisääjän.

- 0%
- 10%
- 15%
- 20%
- 25%
- 30%

14. Onko alueen/väestön erityispiirteet otettu huomioon arvioitaessa nykyistä kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta?

Monikulttuuriset perheet

- kyllä
- ei

Sosioekonomiset taustatekijät

- kyllä
- ei

Pitkät välimatkat

- kyllä
- ei

15. Montako tuntia arvioit työajastasi menevän ajanvaraukseen (esim. sähköinen reissuvihko tai kirjallinen ajanvaraus)?

- 0h
- 1h
- 2h
- 3h
- 4h
- 5h
- 6 tuntia tai enemmän, paljonko?

16. Onko työpaikallasi käytössä sähköinen tai keskitetty ajanvaraus ja jos, niin millä luokka-asteilla?

17. Montako tuntia viikossa arvioit työajastasi menevän sähköiseen asiointiin

(sähköposti, sähköinen reissuvihko, sähköiset tiedotteet jne.)? **Huom. ei ajanvaraukseen.**

- 0h
- 1h
- 2h
- 3h
- 4h
- 5h
- 6 tuntia tai enemmän, paljonko?

18. Montako tuntia viikossa arvioit työajastasi menevän sähköisiin terveystarkastuksiin (jos sellaisia on käytössä)?
19. Montako tuntia vuodessa menee kotikäynteihin/asiakas (perhe) matkat mukaan lukien (jos sellaisia tehdään)?
- 0h
 - 1h
 - 2h
 - 3h
 - 4h
 - 5h
 - 6 tuntia tai enemmän, paljonko?
20. Montako tuntia arvioit kuluvan aikaa moniammatilliseen (esim. yhteisölliset oppilashuoltoryhmät, yksilölliset oppilashuoltoryhmät ja palaverit, kuntoutustyöryhmät, siirtopalaverit, yhteistyö lastensuojelu tai varhaiskasvatuksen kanssa, konsultaatiot) yhteistyöhön viikossa? **Huom. ei lääkärin kanssa yhteistyössä tehtävät laajat terveystarkastukset.**
- 0h
 - 1h
 - 2h
 - 3h
 - 4h
 - 5h
 - 6 tuntia tai enemmän, paljonko?
21. Montako päivää olet koulutuksessa vuosittain (yhteenlaskettuna kaikki lakisäätäinen täydennyskoulutus)?
- 0 pvä
 - 1-2pvä
 - 3-4pvä

- o 5-6pvä
- o 7-8pvä
- o 9-10pvä
- o 11 päivää tai enemmän, paljonko?

22. Montako prosenttia asiakkaistasi arvioit tarvitsevan lisäkäyntejä koululääkärin vastaanotolle?

- o 0
- o 5%
- o 10%
- o 15%
- o 20%
- o 25%

23. Järjestetäänkö erityisen tuen tarpeessa oleville lapsille/perheille seuraavia tuenmuotoja? Millä %- osuudella kaikista asiakasperheistä lukuvuonna 2015-2016?

	Kyllä	Ei	Alle 15%	15-29%	30% tai yli
Lisäkäyntejä					
Kotikäyntejä					
Vertaistukea					
Perhetyöntekijän tukea kotiin					
Moniammatillisen oppilashuollon tukea					
Ohjaaminen opetuksen tukimuotojen piiriin					
Ohjaaminen erityispalveluihin kunnassa					
Ohjaaminen erikoissairaanhoidon					
jalkautuminen kouluterveydenhuoltoon					
Ohjaaminen terveyskeskuksen erityistyöntekijöille					

24. Yleisimmät syyt lisäkäyntien tarpeeseen kouluterveydenhoitajan vastaanotolle:

	hyvin harvinainen	harvinainen yleinen	hyvin yleinen	yleinen
oppilaan fyysiset ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oppilaan psyykkiset ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oppilaan sosiaaliset ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perheen ongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rokotus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveystarkastuksen täydentäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Nimeä 3 yleisintä oppilaan fyysistä syytä, jotka aiheuttavat lisäkäyntejä kouluterveydenhuoltoon

	hyvin harvinainen	harvinainen	yleinen	hyvin yleinen
kasvun tai murrosiän seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
näkö tai kuulonkontrolli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perussairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin somaattinen oire (kipu, "fyysinen vaiva" tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologinen kehityspoikkeama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä (ehkäisy, rokotus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Nimeä 3 yleisintä psykososiaalista syytä, jotka aiheuttavat lisäkäyntejä kouluterveydenhuoltoon

	hyvin harvinainen	harvinainen	yleinen	hyvin yleinen
psykkiset oireet syömishäiriöt, ahdistus, masentuneisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oppilaan käytöksen pulmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
päihteidenkäyttö tai vaikeudet kotona tai kaveripiirissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lähisuhde tai perheväkivalta epäily/todettu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vanhemman mielenterveysongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perheen päihdeongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalisen tuen puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puute vuorovaikutuksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puute perushoivassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perheen toimeentulotukeen ja elinoloihin liittyvät asiat, perheen eroaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vanhemman huoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Paljonko arvioit aikaa menevän (laskennallisesti) **kuukaudessa** tarkastuksista poisjäävien "jäljittämiseen" **tunteina?**

- 0h
- 0.25h
- 0.5h
- 0.75h
- 1h
- enemmän, paljonko?

28. Tehdäänkö joillekin luokille määräaikaistarkastukset ryhmämuotoisina ja jos, niin paljonko aikaa varataan ryhmämuotoiseen terveystarkastukseen ja montako oppilasta ryhmässä tavallisimmin on?

Luokka-aste	Varattu aika tunteina	Ryhmän koko

29. Kuinka monta tuntia lukuvuodessa käytät terveystarkastustuntien pitämiseen ja valmisteluun ja mille luokille pääsääntöisesti pidät terveystarkastustunteja koulullasi?

Luokka-aste	Tuntien määrä lukuvuodessa

30. Osallistutko koulullasi järjestettyihin vanhempainiltoihin lukuvuoden aikana?

- aina
- usein
- joskus
- harvoin
- en lainkaan

31. Miten paljon teet yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa h/ kuukausi, jos moniammatillisia yhteistyöryhmiä (kuten oppilashuoltoryhmät) ei huomioida tässä ajassa?

	0	1	2	3	4
fysioterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suuhygienisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puheterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ravitsemusterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varhaiskasvatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opettaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuraattori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikäli et tee ~~edm~~ ammattiryhmien kanssa yhteistyötä kuukausittain, vastaa seuraavaan kysymykseen

32. Miten paljon teet yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa h/ vuosi, jos moniammatillisia yhteistyöryhmiä (kuten oppilashuoltoryhmät) ei huomioida tässä ajassa?

	0	1	2	3	4
fysioterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suuhygienisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puheterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ravitsemusterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varhaiskasvatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opettaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuraattori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KOULUTERVEYDENHUOLTOA MÄÄRITTELEVÄN ASETUKSEN TOIMEENPANO
KOULUTERVEYDENHOITAJAN TYÖSSÄ**

33. Onko terveyskeskuksessasi hyväksytty asetuksen 338/2011 mukainen toimintaohjelma vuoden 2009 jälkeen?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

34. Oletko itse osallistunut toimintaohjelman laatimiseen ja/tai tarkistamiseen?

- kyllä
- ei

35. Valtioneuvoston antama asetus on ollut voimassa 6 vuotta. Arvioi, millaista merkitystä asetuksella on ollut oman koulusi kouluterveydenhuollossa vuosina 2010 – 2016?

36. Asetus on tuonut mukanaan seuraavia hyötyjä:

37. Asetus on tuonut mukanaan seuraavia haittoja:

38. Toteutuivatko laajat terveystarkastukset **asetuksen mukaisesti** lukuvuonna 2015–2016 (eli läsnä tarkastuksissa ovat oppilas, vanhempi, ~~th~~ ja lääkäri/ei kuitenkaan välttämättä samalla tapaamiskerralla)?

1 ~~lk~~

5 ~~lk~~

8 ~~lk~~

kyllä ei

39. Järjestetäänkö tarkastukset terveydenhoitajan ja lääkärin erillisinä vai yhteisvastaanottoina?
 Kuinka paljon työntekijöille varataan aikaa tarkastuksen tekemiseen, sisältäen myös kirjaamiseen käytettävän ajan? Kirjoita minuutit alla olevaan taulukkoon. Merkitse myös, missä tarkastuksissa vanhemmat ovat mukana.

LAAJAT TERVEYSTARKASTUKSET	Erillinen lääkärin ja terveydenhoitajan tarkastus, terveydenhoitajan aika minuutteina	Erillinen lääkärin ja terveydenhoitajan tarkastus, lääkärin aika minuutteina	Terveydenhoitajan ja lääkärin yhteinen tarkastus, aika minuutteina
1 LK			
5 LK			
8 LK			
Vanhemmat mukana			

40. Jos teillä on paikallisesti kouluterveydenhuoltoa määrittelevästä asetuksesta poikkeava tarkastusaikataulu, kuinka monta lääkärikäyntiä se sisältää ja millä luokilla?
41. Laajojen terveystarkastusten kehittäminen ja toimeenpano vievät aikaa. Millaisia kokemuksia itselläsi on laajoista terveystarkastuksista?

42. Tehdäänkö laajoista terveystarkastuksista luokkakohtaiset yhteenvedot kouluterveydenhuollossa?

- kyllä tehdään
- ei tehdä

43. Onko kouluterveydenhuollon terveystiedon opetuksen kanssa?

- kyllä
- ei

44. Merkitse seuraavaan taulukkoon määräaikaistarkastuksiin varattu aika minuutteina. Jos jotain tarkastusta ei tehdä lainkaan, merkitse se viivalla. Mikäli joku tarkastus tehdään ryhmätarkastuksena, merkitse sen kohdalle R.

TERVEYDENHOITAJAN MÄÄRÄAIKAISTARKASTUKSET	Tarkastukseen varattu aika minuutteina
2 LK	
3 LK	
4 LK	
6 LK	
7 LK	
8 LK	

45. Arvioi kuinka suuri osa kouluterveydenhuollon laajoiksi suunnitelluista tarkastuksista on jäänyt lukuvuoden 2015-2016 aikana ns. tavallisiksi määräaikaistarkastuksiksi, koska kumpikaan vanhemmista ei ole osallistunut tarkastukseen. Ilmoita prosenttiosuus koko ikäluokan tarkastuksista kokonaislukuna.

Luokka	prosenttiosuus
1lk	
5lk	
8lk	

46. Mitkä ovat kokemuksesi mukaan syyt siihen, että vanhemmat eivät aina osallistu lapsensa laajaan terveystarkastukseen kouluterveydenhuollossa? Valitse yhteensä 5 tavallisinta syytä alla olevista vaihtoehtoista.

Kutsuun ja ajanvaraukseen liittyvät syyt:

- Tarkastuksen sisältö ja vanhemman rooli eivät tule riittävästi esille kutsussa
- Kutsu ei tavoita vanhempia tai ei ole henkilökohtainen

- o Ajanvarauskäytäntöjen kankeus, esim. lyhyt soittoaika tai vain sähköinen ajanvaraus
- o Vanhempi ei tiedä, miten aika varataan tai vahvistetaan
- o Sopivia aikavaihtoehtoja ei ole tarjolla tai aikaa ei voi vaihtaa

Vanhempien työssäkäyntiin liittyvät syyt:

- o Vanhempien on vaikea järjestää töitään siten, että he voisivat osallistua lapsensa tarkastukseen
- o Työnantajat suhtautuvat kielteisesti vanhempien työstä poissaoloon tarkastuksen vuoksi

Muut vanhempiin liittyvät syyt:

- o Vanhempien voimavarat eivät riitä perheen hyvinvoinnista keskusteluun
- o Vanhemmat yrittävät salata omia tai perheen ongelmia
- o Vanhemmat kokevat vaikeaksi tai kiusalliseksi lapsen ongelmasta keskustelun
- o Laaja terveystarkastus on juuri tehty jollekulle lapsen sisaruksista
- o Aikaisemmat kokemukset terveystarkastuksista ovat olleet huonoja
- o Kielivaikeudet

Lapseen liittyvät syyt:

- o Lapset kieltävät vanhempiaan osallistumasta tarkastukseen
- o Muu syy, mikä?

47. Kaikki oppilaat eivät osallistu määräaikaisiin terveystarkastuksiin. Selvitetäänkö terveystarkastuksista poisjäävien mahdollinen tuentarve ja poisjäännin syy?

- o mahdollinen tuentarve selvitetään
- o tuentarvetta ei selvitetä
- o terveystarkastuksesta poisjäännin syy selvitetään
- o terveystarkastuksesta poisjäännin syytä ei selvitetä

48. Tekeekö koululääkäri

- o kokopäiväisesti
~~kouluterveydenhuoltoa~~
- o kokopäiväisesti
ennaltaehkäisevää
terveydenhuoltoa
(neuvolat, koulu- ja
opiskeluterveydenhuolto)
- o osa-aikaisesti
kouluterveydenhuoltoa

49. Onko koululääkärisi
- lastenlääkäri
 - yleislääketieteen erikoislääkäri
 - yleislääkäri
50. Onko kuntanne hyödyntänyt asetuksen toimeenpanon edistämiseksi saadun korotetun valtion osuuden kouluterveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin?
- kyllä
 - ei
 - kyllä osittain
 - en osaa sanoa
51. Järjestetäänkö kouluterveydenhoitajille tällä hetkellä työnohjausta?
- kyllä
 - ei
52. Onko työnohjaus ryhmätyönohjausta vai yksilötyönohjausta?
- ryhmätyönohjaus
 - yksilötyönohjaus
 - molemmat edellä mainitut
53. Kuinka paljon aikaa työnohjaukseen on käytettävissä aikaa /kuukausi?
- 0h
 - 1h
 - 2h
 - 3h
 - 4h
54. Osallistuuko kouluterveydenhoitaja koulunne oppilashuoltoryhmän kokouksiin?
- yhteisöllinen oppilashuoltoryhmä -terveydenhoitaja osallistuu aina
 - yhteisöllinen oppilashuoltoryhmä- terveydenhoitaja osallistuu satunnaisesti
 - yhteisöllinen oppilashuoltoryhmä- terveydenhoitaja ei osallistu koskaan
 - yksilöllinen oppilashuoltoryhmä- terveydenhoitaja osallistuu aina
 - yksilöllinen oppilashuoltoryhmä- terveydenhoitaja osallistuu tarvittaessa
 - yksilöllinen oppilashuoltoryhmä- terveydenhoitaja ei osallistu koskaan
55. Onko koulussanne tarjolla matalan kynnyksen palveluja, kuten terveydenhoitajan avoimia vastaanottoaikoja tai puhelinaikoja?
- avoimia vastaanottoaikoja on
 - avoimia vastaanottoaikoja ei ole

- puhelinaikoja on
- puhelinaikoja ei ole

56. Onko koulussanne tehty koulun terveydellisten olojen tarkastus viimeisen kolmen vuoden kuluessa?

- on
- ei
- en osaa sanoa

57. Mitä muuta tulisi mielestäsi huomioida työaikasi käyttöön liittyen henkilöstömitoitusta arvioitaessa?

Kiitos kyselyyn vastaamisesta!