

VALTIONTALouden TARKASTUSVIRASTON
TARKASTUSKERTOMUS 136/2006

Kouluterveydenhuollon laatusuositus

– *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien*

toimintaan



EDITA PRIMA OY

VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO
TARKASTUSKERTOMUS DNRO 354/54/05
30.10.2006

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen kouluterveyden laatusuosituksista koskeneen tarkastuksen.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään Suomen Kuntaliitolle, sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi valtiovarainministeriölle ja valtiontilintarkastajille.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty.

Ylijohtaja

Vesa Jatkola

Ylitarkastaja

Mikko Koskinen

Asiasanat:

laatusuositus, kouluterveydenhuolto, informaatio-ohjaus, terveyspalvelut, lapset ja nuoret, oppilashuolto

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	7
RESUMÉ	10
1 JOHDANTO	15
2 TARKASTUSASETELMA.....	18
2.1 Kouluterveydenhuolto osana kansanterveystyötä.....	18
2.2 Laatusuositukset osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjausta	20
2.3 Kouluterveydenhuollon laatusuositus	25
2.4 Tarkastuskysymykset ja tarkastuksen toteutus	28
3 TARKASTUSHAVAINNOT	32
3.1 Kouluterveydenhuollon palveluiden organisointi.....	32
3.1.1 Kunta palveluiden järjestäjänä.....	32
3.1.2 Kouluterveydenhuollon resurssit.....	36
3.2 Kouluterveydenhuollon suositus ja palveluiden suunnittelu	40
3.2.1 Tietoisuus kouluterveydenhuollon suosituksesta	40
3.2.2 Suositus palveluiden suunnittelussa ja raportoinnissa	42
3.3 Kouluterveydenhuollon suositus palveluiden järjestämisessä.....	46
3.3.1 Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja palveluiden tavoitettavuus	46
3.3.2 Kouluterveydenhuolto osana oppilashuollon kokonaisuutta.....	48
3.3.3 Kouluterveydenhuollon palveluista tiedottaminen....	49
3.3.4 Kouluterveydenhuollon henkilöstö	50
3.3.5 Kouluterveydenhuollon toimitilat ja välineet.....	52
3.3.6 Kouluyhteisön ja -ympäristön turvallisuus ja terveellisyys	53
3.3.7 Koululaisten hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta.....	53
3.3.8 Koululaisten terveystiedon vahvistaminen ja terveyden edistäminen	55

3.3.9 Yhteenveto suosituksen tavoitteiden toteutumisesta kunnissa ja kuntayhtymissä	55
3.4 Kouluterveydenhuollon suositus seurannassa ja arvioinnissa.....	57
3.5 Kuntasektorin näkemykset suosituksen toimivuudesta	60
3.5.1 Suosituksen sisällöllinen toimivuus.....	60
3.5.2 Suositukseen suhtautuminen.....	63
3.6 Laatusuositus sosiaali- ja terveysministeriön ohjausvälineenä	67
3.7 Valtionosuuteen suunnatun voimavaralisäyksen vaikutus palveluihin.....	70
4 TARKASTUSVIRASTON KANNANOTOT	72
LÄHTEET.....	76

KOULUTERVEYDENHUOLLON LAATUSUOSITUS

- suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuositusten tarkoituksena on antaa yleisiä ja toisaalta myös yksityiskohtaisia suuntaviivoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi. Suositusten ensisijaisena tavoitteena on saada palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat arvioimaan toimintaansa ja laatimaan suunnitelman toiminnan kehittämiseksi. Valtion ja myös kansalaisten näkökulmasta suositusten tavoitteena on turvata palveluiden laatu ja tasapuolinen saatavuus maan eri osissa.

Tarkastuksen kohteeksi on valittu kouluterveydenhuollon laatusuositus. Kouluterveydenhuollon taloudellisen merkityksen tarkka arviointi on hankalaa, koska siihen liittyviä kustannus- tai toimintatietoja ei ole valtakunnallisesti eroteltu perusterveydenhuollon kokonaisuudesta. Kuntien perusterveydenhuollon käyttökustannukset olivat vuonna 2005 noin 2,9 miljardia euroa, josta kouluterveydenhuollon palvelujen osuuden voidaan olettaa olevan muutamia prosentteja. Vaikka kouluterveydenhuollon kokonaiskustannuksista ei ole saatavissa tarkkoja tietoja, niin kouluterveydenhuollon voidaan kuitenkin katsoa olevan sekä välittömiltä että erityisesti välillisiltä valtiontaloudellisilta vaikutuksiltaan merkittävä kokonaisuus. Lisäksi kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa ja laadussa on havaittu huomattavaa vaihtelua kuntien välillä.

Tarkastuksen pääkysymyksenä oli, missä määrin laatusuositus on ohjannut kuntien toimintaa ja sitä kautta kansalaisille tarjottavien palveluiden laatua ja saatavuutta. Pääkysymystä arvioitiin ensisijaisesti kuntaorganisaatioiden toiminnan kautta. Havainnot perustuvat ensisijassa 14 kunnan tapaustarkasteluun sekä rajatuilta osin Stake-sin toteuttamien valtakunnallisten kyselyjen tuloksiin.

Tarkastushavaintojen perusteella voidaan todeta, että kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimivuus osana sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjausta on jäänyt vaatimattomaksi. Vaikka kouluterveydenhuollon parissa työskentelevät ammattihenkilöt ovat pyrkineet hyödyntämään suosituksen sisältävää asiantuntijanäkemyistä omassa työssään, niin suositus ei ole kuitenkaan vaikuttanut kuntaorganisaatioiden päätöksentekoon toivotulla taval-

la. Suosituksen vaikutukset toiminnan suunnitteluun, palveluiden järjestämiseen sekä toiminnan seurantaan ovat jääneet vähäisiksi. Kirjatut laatutekijät ovat heijastuneet tarjottuihin palveluihin lähinnä joidenkin palvelukäytäntöjen tarkennuksina.

Suhtautuminen suositukseen vaihtelee huomattavasti kuntatoimijoiden keskuudessa. Toisaalta suosituksen on koettu olevan kohtuullisen voimakas keskushallinnon kannanotto, mutta samanaikaisesti sen kuvataan olevan vain suositus, jota noudatetaan mahdollisuuksien mukaan. Ensisijaisena kohteena olevien kouluterveydenhuollon resursseista päättävien toimialajohtajien ja luottamushenkilöiden tiedot suosituksesta olivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta vaatimatonta tasoa. Etenkin toimialajohtajat suhtautuivat suositukseen ja siihen liittyviin minimimitoituksiin kriittisesti. Luottamushenkilöjohtajat olivat kiinnostuneempia suosituksen mahdollistamiin vertailuasetelmiin ja he toivoivatkin suosituksen laajempaa mukaan ottamista lautakuntäsittelyihin. Kokonaisuudessaan suosituksella ei ole voitu merkittävästi vaikuttaa kuntien talouden ja toiminnan suunnitteluun.

Kouluterveydenhuollosta vastaavat tulosaluejohtajat eivät ole läheskään aina toimineet siten, että suositukseen sisältyviä tavoitteita olisi lähdetty esittelemään toimiala- ja luottamushenkilöjohdolle sekä voimavaroista päättävälle sosiaali- ja terveyslautakunnalle. Suositukseen liittyviä tavoitteita ei ole haluttu tuoda esille, koska vastaanoton on arveltu olevan torjuvaa ja suosituksia vähättelevää. Tulosaluejohtajat ovat käyttäneet suositusta lähinnä palveluiden ja kouluterveydenhoitajien työn suunnittelun apuvälineenä. Joissakin tapauksissa suosituksiin kirjattuja asioita on käytetty myös hyväksi tulosalueen tavoitteiden asettelussa.

Kouluterveydenhuollon palveluiden parissa työskentelevien kouluterveydenhoitajien ja –lääkärien näkökulmasta suositus on selkiytännyt toiminnalle asetettuja vaatimuksia ja toimintatapoja. Palvelujen suunnittelussa on kuitenkin vain harvoin tehty suosituksen mukaisia toimintasuunnitelmia ja tavoitteiden mukainen raportointi on vielä harvinaisempaa. Tarkastushavaintojen mukaan kouluterveydenhuoltoa johdetaan vain harvoin selkeänä palvelukokonaisuutena, johon sisältyy sekä hoito- että lääkäri työ. Kouluterveydenhuollon organisoinnissa näkyvät selkeästi kahdesta erillisestä linjaorganisaatiosta aiheutuvat ongelmat. Esimerkiksi kunnasta tai terveyskeskuksesta ei aina löydy palvelukokonaisuudesta selkeästi vastaavaa viranhaltijaa.

Henkilöstömitoitusten suhteen tilanne vaihtelee terveyskeskuskohtaisesti. Lääkäri työn osalta esiintyy puutteita kaikkien tarkastelukuntien osalta, kun taas hoitajaresurssit olivat suosituksen mukaisia tai lähellä niitä noin puolessa kunnista. Joissakin tapauksissa henkilöstömitoitukset jäivät kuitenkin huomattavan kauas vähimmäismitoituksista. Myöskään oppilaiden määräaikaistarkastukset eivät toteudu suosituksen mukaisina. Lääkäreiden heikko saatavuus vaikeuttaa suosituksen mukaisten tarkastusten toteuttamista. Koululaisten terveyttä seurataan kuitenkin suunnitelmallisilla tarkastusohjelmilla. Terveyden seurantaan liittyvien tietojärjestelmien käytettävyydessä ja yhteensovittamisessa oli ongelmia joka kolmannessa terveyskeskuksessa. Terveystarkastuksissa saatuja tietoja on käytetty vain harvoin hyväksi eri ikäryhmien terveyden ja hyvinvoinnin seuraamisessa. Koulujen työolojen tarkastuksia ei ole tehty suosituksen mukaisena yhdessäkään tarkastelukunnassa.

Kouluterveydenhuollon palvelujen valtakunnallisen ohjauksen, kehittämisen ja seurannan havaittiin olevan vähäistä tehtäväalueen painoarvoon nähden. Kuntien ja kuntayhtymien viranhaltijoille oli epäselvää, mikä on ministeriön ja Stakesin keskinäinen työnjako ja rooli kouluterveydenhuollon palvelujen valtakunnallisessa ohjauksessa ja kehittämisessä. Laatusuosituksen ohjausvaikutuksia on heikentänyt sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen yleinen tietotulva sekä kehittämishankkeet. Nykyiset kehittämisvaatimukset koetaan joissain tapauksissa jopa ylitsepääsemättömäksi asiaksi toteuttaa normaalien virkatöiden rinnalla.

Tarkastusta täydentävänä lisäkysymyksenä selvitettiin myös lasten ja nuorten palveluihin sekä kouluterveydenhuoltoon liittyvän laskennallisen valtionosuuslisäyksen vaikutuksia kuntien tarjoamiin palveluihin. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisia valtionosuuksia korotettiin hallituspuolueiden eduskuntaryhmien esityksestä vuosina 2002 - 2003 lähes 180 miljoonalla eurolla. Määrärahalisäyksen tavoitteeksi kirjattiin momentin selvityksosaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantaminen sekä kouluterveydenhuollon ja koululaisten iltapäivähoidon järjestäminen. Tarkastushavaintojen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuuden momentin selvityksosaan kirjatulla perusteluilla ei ole ollut tavoiteltuja vaikutuksia tarkasteltavien kuntien toiminnan suunnitteluun ja voimavarojen suuntaamiseen.

KVALITETSREKOMMENDATIONEN OM SKOLHÄLSOVÅRDEN

- rekommendationens styrande inverkan på kommunernas verksamhet

Syftet med social- och hälsovårdens kvalitetsrekommendationer är att ge allmänna och å andra sidan även detaljerade riktlinjer för utvecklande av social- och hälsovårdens tjänster. Den primära målsättningen för rekommendationerna är att få de kommuner som svarar för att ordna tjänsterna att utvärdera sin verksamhet och göra upp en plan för hur verksamheten borde utvecklas. Ur statens och också medborgarnas synvinkel är målet för rekommendationerna att trygga tjänsternas kvalitet och jämlika tillgänglighet i olika delar av landet.

Som föremål för revisionen har valts kvalitetsrekommendationen om skolhälsovården. Att göra en exakt bedömning av skolhälsovårdens ekonomiska betydelse är svårt, emedan till denna anknutna uppgifter om kostnader eller verksamhet inte på rikspanet har särskilts från den helhet som bashälsovården utgör. Kommunernas omkostnader för bashälsovården var år 2005 ca 2,9 miljarder euro, av vilket andelen för tjänsterna inom skolhälsovården kan antas vara några procent. Trots att exakta uppgifter inte finns att få om de totala kostnaderna för skolhälsovården, kan skolhälsovården emellertid betraktas som en både till sina direkta och särskilt sina indirekta statsfinansiella inverknings betydelsefull helhet. Dessutom har i tillgängligheten och kvaliteten för skolhälsovårdens tjänster observerats avsevärda variationer mellan kommunerna.

Huvudfrågan vid revisionen var i vilken utsträckning kvalitetsrekommendationen har styrt kommunernas verksamhet och därigenom kvaliteten och tillgängligheten för de tjänster som tillhandahålls åt medborgarna. Huvudfrågan granskades i första hand genom kommunorganisationernas verksamhet. Observationerna baserar sig i främsta rummet på en case-granskning i 14 kommuner samt till begränsade delar på resultaten av de riksomfattande enkäter som genomförts av Stakes.

På basis av observationerna vid revisionen kan konstateras att effekten av kvalitetsrekommendationen om skolhälsovården som en del av social- och hälsovårdsministeriets informativa styrning har förblivit anspråkslös. Trots att de yrkespersoner som arbetar inom skolhälsovården har försökt utnyttja de expertåsikter som ingår i rekommendationen i sitt eget arbete, har rekommendationen ändå inte påverkat beslutsfattandet i kommunorganisationerna på önskat sätt. Rekommendationens inverknings på hur verksamheten planeras, tjänsterna ordnas och verksamheten följs upp har varit små. De i rekommendationen framförda kvalitetsfaktorerna har avspeglats på de erbjudna tjänsterna närmast som preciseringar av vissa förfaringssätt i servicen.

Inställningen till rekommendationen varierar avsevärt bland de kommunala aktörerna. Å ena sidan har man ansett att rekommendationen är ett tämligen kraftfullt ställningstagande från centralförvaltningens sida, men samtidigt beskrivs den som enbart en rekommendation som följs i mån av möjlighet. De branschchefer och förtroendevalda som beslutar om skolhälsovårdens resurser, och som primärt beaktades vid revisionen, hade med några få undantag anspråkslös kännedom om rekommendationen. I synnerhet branschcheferna förhöll sig kritiskt till rekommendationen och de minimidimensioneringar som anknyter till den. De förtroendevalda beslutsfattarna var mera intresserade av de jämförelser som rekommendationen möjliggör och önskade därför att rekommendationen i större omfattning skulle tas till behandling i nämndernas arbete. Som helhet har med rekommendationen inte kunnat inverkas i betydande grad på planeringen av kommunernas ekonomi och verksamhet.

De resultatområdeschefer som svarar för skolhälsovården har inte närmelsevis alltid fungerat så, att de målsättningar som ingår i rekommendationen hade presenterats för branschcheferna och den förtroendevalda ledningen samt för den social- och hälsovårdsnämnd som beslutar om resurserna. Man har inte velat föra fram de målsättningar som hör till rekommendationen, emedan man har antagit att reaktionen blir avvisande och att rekommendationen underskattas. Resultatområdescheferna har närmast utnyttjat rekommendationen som hjälpmedel vid planeringen av tjänsterna och skolhälsovårdarnas arbete. I en del fall har sådant som ingår i rekommendationen också utnyttjats vid uppställandet av målsättningar på resultatområdet.

Sett ur perspektivet för de skolhälsovårdare och -läkare som arbetar med skolhälsovårdens tjänster har rekommendationen klargjort de krav och verksamhetssätt som uppställts för verksamheten, men i planeringen av tjänsterna har endast sällan gjorts upp sådana verksamhetsplaner som rekommendationen förutsätter, och ännu mera sällsynt är en rapportering av målsättningarna. Enligt observationerna vid revisionen leds skolhälsovården endast sällan som en klar servicehelhet i vilken ingår både vårdar- och läkararbete. I organiseringen av skolhälsovården syns därför klart de problem som orsakas av två skilda linjeorganisationer. T.ex. i kommunen eller vid hälsocentralen finns inte alltid en tjänsteinnehavare som klart ansvarar för servicen som helhet.

I fråga om personalens dimensionering varierar situationen från en hälsocentral till en annan. I fråga om läkararbetet förekommer brister hos alla de granskade kommunerna, medan åter sjukvårdarresurserna följde rekommendationen eller låg nära den hos ca hälften av kommunerna. I vissa fall låg dimensioneringen av personalen emellertid avsevärt långt från minimirekommendationerna. Inte heller de regelbundna hälsogranskningarna av eleverna förverkligas enligt rekommendationen. Den dåliga tillgången på läkare försvårar genomförandet av hälsogranskningar enligt rekommendationen. Skolelevernas hälsa följs ändå upp med planmässiga granskningsprogram. I användbarheten för och samordningen av de informationssystem som anknyter till uppföljningen av hälsan förekom problem vid var tredje hälsocentral. Den information som fås vid hälsogranskningarna har endast sällan utnyttjats i uppföljningen av olika åldersgruppers hälsa och välbefinnande. Granskningar av förhållandena i arbetet i skolorna har inte genomförts på det sätt som rekommendationen anger i en enda av de kommuner som var föremål för revisionen.

Den riksomfattande styrningen, utvecklandet och uppföljningen av tjänsterna inom skolhälsovården konstaterades vara ringa med hänsyn till uppgiftsområdets vikt. För kommunernas och samkommunernas tjänstemän var det oklart, vilken som är ministeriets och Stakes inbördes arbetsfördelning och roll i den riksomfattande styrningen och utvecklandet av skolhälsovårdens tjänster. Kvalitetsrekommendationens styrande inverknings har försvagats av det allmänna informationsflödet och utvecklingsprojekten på området för utvecklande av social- och hälsovårdstjänster. De nuvarande kraven på utvecklande upplevs i

på utvecklande upplevs i vissa fall rentav som att de är helt omöjliga att uppfylla vid sidan av det normala tjänstearbetet.

Som en kompletterande tilläggsfråga vid revisionen klarlades också hur ökningen av den kalkylmässiga statsandel som anknyter till tjänster för barn och unga samt till skolhälsovården har inverkat på de tjänster som kommunerna erbjuder. Kommunernas kalkylmässiga statsandelar för social- och hälsovården höjdes på förslag av regeringspartiernas riksdagsgrupper åren 2002 - 2003 med nära 180 miljoner euro. Som mål för anslagsökningen inskrevs i momentets förklaringsdel att förbättra barns och ungas välbefinnande samt att ordna skolhälsovård och eftermiddagsvård för skoleleverna. Enligt observationerna vid revisionen har de motiveringar som inskrevits i förklaringsdelen till momentet för social- och hälsovårdens kalkylmässiga statsandel inte haft de eftersträvade effekterna på hur de granskade kommunerna har planerat sin verksamhet och inriktat sina resurser.

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspalvelujen organisoinnissa tapahtui 1990-luvulla merkittävä muutos, joka korosti kuntien asemaa palveluiden järjestämisessä. Vuonna 1993 toteutettu valtionosuusuudistus vähensi huomattavasti valtion keskushallinnon merkitystä sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjauksessa. Laskennallisen valtionosuusjärjestelmän käyttöönoton myötä valtion suora resurssiohjaus sai väistyä yleiskatteellisten valtionosuuksien tieltä. Samalla yksityiskohtaisista normatiivisista säädöksistä ja määräyksistä siirryttiin puitesäädöksiin ja informaatiolla tapahtuvaan ohjaukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudeksi sääntelymuodoksi omaksuttiin informaatio-ohjaus.

Valtionosuusuudistus ajoittui kuntatalouden laman kanssa samaan ajankohtaan. Vaikka kunnallisten toimijoiden liikkuma-alaa oli lisätty vähentyneen ohjauksen kautta, niin samalla kuntien mahdollisuudet toiminnan omaehtoiseen suunnitteluun kapenivat taloudellisen tilanteen heikentyessä. Kuntien järjestämissä sosiaali- ja terveyspalveluissa havaittiinkin selkeitä puutteita. Kouluterveydenhuollon palveluissa esiintyvät ongelmat nousivat esiin muun muassa läänihallitusten tekemissä peruspalvelujen arvioinneissa. Vuonna 2001 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia kiinnittivät huomiota konsensuslausumassaan kouluterveydenhuollon palveluiden ongelmakohtiin ja haasteisiin. Myös valtiovarainvaliokunta huomautti talousarviokäsittelyn yhteydessä kouluterveydenhuollon palveluissa esiintyvistä epäkohdista¹. Samoin hallitusohjelmia täydentävissä sosiaali- ja terveydenhuollon talous- ja toimintaohjelmissa painotettiin kouluterveydenhuollon palvelujen merkitystä².

Laatusuositusten laatiminen kuntien järjestämien palveluiden laadun ja saatavuuden turvaamiseksi liittyy alkujaan valtioneuvoston hyväksymän tavoite- ja toimintaohjelman 2000 – 2003 toimeenpanoon. Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton yhteistyössä valmistelemaat suositukset on tehty tähän

¹ VM 2002

² STM 1999a ja STM 2003

mennessä yhteensä kahdeksalle eri palvelualueelle. Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus ja mielenterveyspalveluiden laatusuositus ovat vuodelta 2001, päihdepalvelujen laatusuositus on vuodelta 2002, apuvälinepalveluiden laatusuositus ja vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus ovat vuodelta 2003 sekä kouluterveydenhuollon laatusuositus ja ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositus ovat vuodelta 2004. Uusin suositus on julkaistu vuonna 2006 ja sen aiheena on terveyden edistäminen.

Laatusuositusten merkityksestä tai niiden vaikutuksista on tehty tähän mennessä vain vähän arvioita. Tämän tarkastuksen tavoitteena on selvittää, millaisia vaikutuksia kouluterveydenhuollon suosituksella on ollut kuntien toimintaan.

Valtiontalouden tarkastusviraston näkökulmasta laatusuositukseen kohdistuva tarkastus jatkaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän arviointia, jota on sivuttu useissa viime vuosien tarkastuksissa. Suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmiin liittyviä tarkastuksia ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa, lasten ja nuorten psykiatrian valtionosuusmenettelyä, sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan sektoritutkimustoiminnan ohjausta ja rahoitusta sekä erityisvaltionosuuksia käsittelevät tarkastukset.

Kouluterveydenhuollon taloudellisen merkityksen tarkka arviointi on hankalaa, koska siihen liittyviä kustannus- tai toimintatietoja ei ole valtakunnallisesti eroteltu perusterveydenhuollon kokonaisuudesta. Kuntien perusterveydenhuollon käyttökustannukset olivat vuonna 2005 noin 2,9 miljardia euroa, josta kouluterveydenhuollon palvelujen osuuden voidaan olettaa olevan muutamia prosentteja³. Vaikka kouluterveydenhuollon kokonaiskustannuksista ei ole saatavissa tarkkoja tietoja, niin ehkäiseviä palveluita edustavan kouluterveydenhuollon voidaan kuitenkin katsoa olevan sekä välittömiltä että erityisesti välillisiltä taloudellisilta vaikutuksiltaan merkittävä kokonaisuus.

Kouluterveydenhuollon palvelujen valtiontaloudellista kiinnostavuutta lisää valtion talousarvioon vuonna 2002 sisällytetty 74 mil-

³ *Kymmenen suurimman kaupungin tilanteen kautta on arvioitu, että koko maassa kouluterveydenhuollon henkilöstön palkkakulut ovat perus- ja lukiokoulutuksen osalta noin 85 miljoonaa euroa. Rimpelä ja Wiss 2006.*

joonan ja vuonna 2003 sisällytetty 104 miljoonan euron laskennallisen valtionosuuden lisäykset. Valtionosuusmomentin selvitysosan mukaan määrärahalisäysten keskeisenä tavoitteena on ollut lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen sekä kouluterveydenhuollon ja koululaisten iltapäivähoidon järjestäminen. Valtio osallistui vuonna 2002 ja 2003 kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitukseen 25,36 ja 28,06 prosentin valtionosuudella. Vuonna 2006 valtion rahoitusosuus on 33,32 prosenttia.

2 TARKASTUSASETELMA

2.1 KOULUTERVEYDENHUOLTO OSANA KANSANTERVEYSTYÖTÄ

Vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä on säädetty kunnille, jotka voivat hankkia palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Palvelujen järjestämisvastuuta määritteleviä sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakeja on kymmeniä.

Kunnan järjestämä terveydenhuolto jakautuu kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon. Kansanterveystyön kokonaisuutta kutsutaan usein myös perusterveydenhuolloksi⁴. Yleensä suurimmat kunnat järjestävät kansanterveystyön palvelut omana toimintanaan ja pienemmät kunnat järjestävät palvelut yhteistyössä eli käytännössä muodostamalla kansanterveystyön kuntayhtymän. Hieman yli puolet kunnista järjestää palvelut olemalla jäsenenä kansanterveystyön kuntayhtymässä. Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä vastaavat sairaanhoitopiirit.

Kouluterveydenhuollolla on keskeinen asema suomalaisessa perusterveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Äitiys- ja lastenneuvoiloita koskeva lainsäädäntö sekä laki kansakoulujen lääkäritoiminnasta loivat perustan koululaisille suunnatun ehkäisevän terveydenhoidon kehittymiselle⁵. Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki määritteli kouluterveydenhuollon osaksi kunnan kansanterveystyötä. Silloisen kansanterveislain (1972/66) 14 §:n mukaan kunnan tehtävänä oli ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon luetaan kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta, oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhoito sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus. Kouluterveydenhuollon sisältöön liittyviä tekijöitä ei ollut määritelty tarkasti lainsäädännön tasolla, mutta 1970- ja 1980-luvuilla lääkintöhallitus säänteli ohjekirjeillään kouluterveydenhuollon palvelujen sisältöön liittyviä yksityiskohtia. Ohjekirjeissä määriteltiin muun muassa määräaikaistarkastusten

⁴ Määrittelyistä enemmän, kts. Rimpelä 2005a ja Rimpelä 2005b

⁵ Varjoranta ja Pietilä 1999

ajankohdat, seulontatutkimukset sekä terveyskasvatuksen aihe-alueet. Lisäksi annettiin suosituksia lääkärin ja terveydenhoitajan työpanoksista kouluterveydenhuollossa sekä ohjeita palveluiden suunnittelusta sekä yhteistyöstä koulutoimen suuntaan. Vuosittain vahvistetut ja valtioneuvoston tasolla hyväksytyt terveydenhuollon tavoitteet pitivät samalla kansanterveystyön tehtäväjaon selkeänä kuntien ja valtion kesken⁶.

Kouluterveydenhuollon palveluja seurattiin valtakunnallisesti kansanterveystyön yleisen seurantajärjestelmän osana vuoteen 1979 saakka. Kunnat raportoivat toiminnan laajuuden lisäksi terveystarkastuksissa kerääntyneitä tietoja kouluikäisten terveydentilasta. Vuodesta 1980 alkaen seuranta supistettiin käynti- ja kustannustietoihin ja vuodesta 1993 alkaen vain käyntitietoihin.⁷

Vuonna 1993 valtioneuvostonjärjestelmän uudistuksen myötä valtion normatiivinen ohjaus ohjekirjeiden ja vuosittaisten tavoitteiden kautta päättyi ja palveluiden järjestäminen perustui lähinnä puitelainsäädäntöön kirjattuihin yleisluonteisiin normeihin. Aikaisemmin lääkintöhallitukselle kuuluneet tehtävät jaettiin sosiaali- ja terveysministeriölle sekä sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisskeskukselle (Stakes). Valtakunnallista vastuuta kouluterveydenhuollon kehittämisestä ja ohjauksesta ei määritelty sen tarkemmin kuin mitä kansanterveyslakiin oli kirjattu. Lain mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Stakesin tehtävänä on toimia kansanterveystyön asiantuntijalaitoksena.

Kouluterveydenhuollon tehtäviä ja erikoistutkimuksia täsmennettiin vuonna 1992 kansanterveysasetuksella (802/1992). Asetuksen mukaan kunnan tulee järjestää oppilaan terveydentilan toteamista varten tarpeelliset erikoistutkimukset, joiksi määriteltiin erikoislääkärin tekemä näön tai kuulon tutkimus ja hänen määräämät laboratorio-, röntgen- ja muut vastaavat tutkimukset, psykiatrin tekemä tutkimus mielenterveyden selvittämiseksi ja psykologin tekemä tutkimus.

Vuoden 2006 alusta voimaan astuneeseen kansanterveislain muutokseen on kirjattu kouluterveyden palveluista uusi sanamuoto, jossa todetaan, että: "oppilaan terveyden seuraamiseen ja edistämi-

⁶ Rimpelä 2005b

⁷ Rimpelä ym. 2006

seen kuuluvien neuvonnan ja tarkastusten sisällöstä ja määrästä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella". Uusi muotoilu mahdollistaa jatkossa palveluiden tarkemman sääntelyn.

2.2 LAATUSUOSITUKSET OSANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN OHJAUSTA

Kunnilla on Suomessa vahva itsehallinnollinen asema ja samalla myös merkittävä rooli sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä, tuottamisessa ja rahoittamisessa. Ensimmäiset koko kansalle tarkoitetut sosiaaliset ja sivistykselliset palvelut tuotettiin kuntien järjestämänä toimintana. Köyhäinhuolto ja kansakoulu olivat ensimmäisiä palveluita, joita kunnat alkoivat tarjota vapaaehtoisesti asukkaille. Myöhemmin tehtävät vakiintuivat ja valtio sääteli palvelut pakollisiksi kuntien tehtäviksi. Säädöspohjaisten tehtävien myötä valtio alkoi avustaa kuntia rahallisesti palvelujen järjestämisessä.⁸

Valtion ohjausta kuntien suuntaan perustellaan useimmiten palveluiden julkishyödyllisillä vaikutuksilla. Esimerkiksi kansanterveystyön palvelut hyödyttävät asianomaista palvelua saavan henkilön lisäksi kuntaa ja lopulta koko yhteiskuntaa, sillä palvelu vaikuttaa kansalaisten työ- ja toimintakyvyn säilymiseen. Ohjausta voidaan lähestyä myös perustuslain (731/1999) kautta, jonka 19 §:n 1 momentti turvaa kaikille kansalaisille oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Saman säännöksen 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut sekä edistettävä väestön terveyttä.

Poliittis-hallinnollista ohjausta voidaan jaotella useilla eri tavoilla, mutta yleisimmin käytetyn jaon mukaan politiikkainstrumenttien päätyypit tai ohjaustavat voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: sääntelyyn, taloudellisiin keinoihin ja informaatioon.⁹

Kunta-valtio -suhteen kuvaamisessa käytetään edellä mainittua kolmijakoa yleisesti. Ensinnäkin valtio ohjaa kuntien toimintaa sääntämällä lakeja ja asetuksia sekä antamalla määräyksiä. Tätä keinoa

⁸ *Oulasvirta 2003*

⁹ *STM 2002a*

nimitetään myös normi- tai säädösohjaukseksi. Eräällä tavalla myös etu- ja jälkikäteinen valvonta voidaan katsoa kuuluvan sääntelyyn, vaikka jossain määritelmässä valvonta on nostettu omaksi ohjauksen keinoksi.

Toiseksi valtio ohjaa kuntia taloudellisesti eli resurssiohjauksella. Valtion talousarvio on resurssiohjauksen keskeisin väline, jonka avulla eduskunta päättää vuosittain valtakunnan tasolla käytettävissä olevien voimavarojen tasosta ja suuntaamisesta. Vuonna 1993 voimaan tulleen valtionosuusuudistuksen myötä kuntasektorin sosiaali- ja terveystalouden ohjaus on muuttunut löyhäksi. Nykyisessä mallissa kunnilla on itsehallintonsa rajoissa mahdollisuus päättää voimavarojen käytöstä tarkoituksenmukaiseksi katsomallaan tavalla. Käytännössä kunnat ovat hoitaneet lakisääteiset tehtävänsä käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Tietyt palvelut on kuitenkin järjestettävä määrärahoista riippumatta. Kansalaisille on järjestettävä ns. subjektiivisiin oikeuksiin perustuvat palvelut, joiden erityinen järjestämisvelvollisuus on säädetty kunnille.

Kolmanneksi valtio ohjaa kuntien toimintaa informaatiolla. Tätä keinoa kutsutaan myös tieto-ohjaukseksi. Informaatio-ohjauksen käsite on varsin vakiintunut, mutta yleisimmin sillä viitataan tiedon välittämiseen ja kouluttamiseen sekä erilaisiin projekteihin ja muuhun kehittämistoimintaan. Valtiovarainministeriön tuoreessa informaatio-ohjausta käsittelevässä julkaisussa tyypillisimmiksi informaatio-ohjauksen muodoiksi esitetään koulutusta, tilasto- tai tutkimustiedon, rekisteritiedon, oppaiden ja suositusten sekä muiden julkaisujen laadintaa ja tiedottamista. Oma merkityksensä on tutkimus- ja kehittämishankkeiden yhteydessä syntyvällä tiedolla, johon liittyy myös vertaistiedon välittäminen ja arviointitieto. Lisäksi myös tavoitteet ja linjaukset sekä politiikkatieto ovat myös informaatio-ohjausta, koska ne kertovat mikä on kulloinkin tärkeää ja keskeistä.¹⁰

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjauksessa käytetään kaikkia edellä mainittuja keinoja ja niiden käytön painotukset ovat vaihdelleet huomattavasti viimeisen kahden vuosikymmenen aikana.

Ennen vuotta 1993 valtion ohjaus kuntien suuntaan perustui pitkälti kustannusperusteiseen valtionosuusjärjestelmään. Valtioneu-

¹⁰ VM 2006 ja STM 2002b

vosto ohjasi valtionosuuksien käyttöä talousarvioesityksen yhteydessä vahvistetun valtakunnallisen suunnitelman avulla antamalla tehtäväkohtaiset tavoitteet ja osittain sitovat ohjeet ja määräykset sekä jakamalla tehtäväryhmittäin määritellyt henkilökunnan lisäykset lääneittäin. Ohjausta täydennettiin lääkintöhallituksen ja sosiaalihuollon ohjeilla.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä siirryttiin laskennalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmään. Samalla luovuttiin kustannusperusteisesta valtionosuudesta, tehtävien yksityiskohtaisesta ohjauksesta sekä virkojen tehtäväalueittaisesta jakamisesta. Uudistuksen jälkeen valtio ei enää antanut kunnille sitovia ohjeita resurssien suuntaamisesta. Vuoden 2000 alusta valtakunnallinen suunnitelma muutettiin nelivuotiskausittain annettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi. Uuteen ohjelmaan kirjattiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle asetettavat tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet, suositukset ja ohjeet. Syntyessään ohjelmaa pidettiin tärkeimpänä ja kokonaisvaltaisimpana ministeriön informaatio-ohjauksen välineenä kuntien suuntaan. Sitten tavoite- ja toimintaohjelmaa kohtaan on esitetty kritiikkiä niin ministeriön sisältä kuin myös ulkopuolisten tahojen suunnalta ja sen painoarvo on laskenut viime vuosina¹¹.

Sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksen välineiden määrä on lisääntynyt huomattavasti 2000-luvulla. Perinteisen tavoite- ja toimintaohjelman rinnalle ovat tulleet suuret kansalliset sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeet: Kansallinen terveydenhuolto-projekti ja Sosiaalialan kehittämishanke. Nämä hankkeet ovat näkyvyydellään ja tavoitteillaan nousseet tavoite- ja toimintaohjelman ohi informaatio-ohjauksen kärkihankkeiksi. Myös hankerahoituksen merkitys on kasvanut huomattavasti viimeisen vuosikymmenen alusta – kehitys on tapahtunut pitkälti juuri suurten kansallisten hankkeiden myötä. Samanaikaisesti on julkaistu huomattava määrä kunnille suunnattuja oppaita ja laatusuosituksia eri palvelukokonaisuuksista.

Laatusuositusten laatiminen kuntien järjestämien palvelujen laadun ja saatavuuden turvaamiseksi liittyy alkujaan valtioneuvoston hyväksymän vuosia 2000 – 2003 koskevan sosiaali- ja terveyden-

¹¹ STM 2002b, *Valtiontalouden tarkastusvirasto 40/2002*

huollon tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanoon. Suositukset ovat tarkoitettu myös pidempiaikaiseksi laadun varmistamisen keinoksi, sillä niiden toimeenpanon varmistaminen, säännöllinen seuraaminen ja arviointi on mainittu kuntien tehtävänä myös vuosia 2004 – 2007 koskevassa tavoite- ja toimintaohjelmassa. Suositukset on mainittu myös kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon suurissa hankkeissa. Palveluiden laadun ja saatavuuden parantaminen liittyy keskeisesti myös sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan strategiaan tavoitteisiin¹².

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuositusten tavoitteena on antaa yleisiä ja toisaalta myös yksityiskohtaisia suuntaviivoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi. Suositukset eivät ole sitovia normeja. Niiden ensisijaisena tavoitteena on saada palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat arvioimaan toimintaansa ja laatimaan suunnitelman toiminnan kehittämiseksi. Valtionhallinnon sekä kansalaisten näkökulmasta suositusten tavoitteena on turvata palveluiden laatu ja tasapuolinen saatavuus maan eri osissa. Ministeriön osalta laatusuosituksiin on asetettu paljon odotuksia sen suhteen, että niillä todella kyettäisiin vaikuttamaan palveluiden kohdentumiseen ja laatuun¹³.

Koska suositukset eivät ole juridisesti tai hallinnollisesti sitovia normeja, on niiden sitovuutta pyritty varmistamaan mahdollisimman laajapohjaisella valmistelulla. Suositukset ovat laadittu sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä ja niiden allekirjoittajina on lähes poikkeuksetta ollut ministeri sekä Kuntaliiton toimitusjohtaja¹⁴. Itse valmistelu on tapahtunut useimmissa tapauksissa laajapohjaisissa asiantuntijatyöryhmissä, joissa on ollut edustus sosiaali- ja terveysministeriöstä, Suomen Kuntaliitosta ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskuksesta (Stakes) sekä muista käsiteltävän alueen viranomais- ja asiantuntijatahoista. Lisäksi valmistelussa on voinut olla mukana kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien sekä asiakastahojen edustajia.

Suosituksilla pyritään vaikuttamaan ensisijaisesti kuntien päätöksentekijöihin, jotka ovat vastuussa palvelujen tuottamiseen liittyvistä toiminnallisista linjauksista sekä voimavarojen osoittamisesta

¹² STM 1999b

¹³ STM 2002b

¹⁴ *Päihdepalvelujen laatusuosituksen allekirjoittajana valtion puolelta oli sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö.*

toimintaan. Toisaalta suositusten kohderyhminä voi olla myös muita tahoja ja toimijoita. Myös tavoitteet voivat vaihdella melkoisesti. Seuraavassa taulukossa on jaoteltu laatusuositusten käyttötapoja tarkemmin eri käyttäjä- ja kohderyhmien mukaan.

Taulukko 1. Laatusuositusten käyttötapoja

Valtion keskushallinto eli ministeriö ja osin lääninhallitukset
<p><i>Ohjausväline</i> palveluiden tason parantamiseksi tai yhdenmu- kaistamiseksi. Vaatii seurantaa.</p> <p><i>Valvonnan väline</i> eli voidaan käyttää palveluiden asianmukai- suuden ja saatavuuden arvioinnissa.</p>
Palveluiden järjestäjä eli kunta
<p><i>Suunnittelun ja johtamisen väline</i> eli suositusten kautta voi- daan asettaa toiminnallisia tavoitteita sekä laatia suunnitelmia. Kunnallishallinnossa suosituksia voivat käyttää kunnan poliit- tinen ja virkamiesjohto. Suosituksia voidaan käyttää myös valvonnan tukena, esim. tarkastuslautakunta voi peilata palve- luiden toimivuutta suositusten kautta.</p>
Palveluiden tuottaja eli kunta, kuntayhtymä tai yksityinen
<p><i>Organisaation oman toiminnan arvioinnin ja kehittämisen vä- line</i> eli voidaan käyttää ammatillisten käytäntöjen kehittämi- sessä ja työyhteisön toiminnan suuntaamisessa. Toiminnan ohjaus ja ongelmakohtien paikannus. Tiedottaminen ja mark- kinointi. Benchmarking, oppiminen ja ulkopuoliset paineet.</p> <p><i>Työntekijän taso.</i> Oppiminen ja oman toiminnan arviointi</p>
Asiakas
<p><i>Saatujen palveluiden arvioinnin väline.</i> Palvelujen antajan pal- velukyvyyn, ammatillisen laadun ja palvelujen kustannusten ar- viointi</p>

Kuten edellisestä jaottelusta ilmenee, niin laatusuosituksen toimeenpano ja toteuttaminen eivät ole perinteistä ylhäältä-alas hallinnollisesti ohjattua toimintaa, jota toteuttaa vain yksi organisaatio tai taho. Valtion näkökulmasta kysymys on tiedolla ohjaamisesta, jonka tavoitteena on vaikuttaa kuntien lisäksi useisiin muihin palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen liittyviin tahoihin.

2.3 KOULUTERVEYDENHUOLLON LAATUSUOSITUS

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen avulla tuetaan kuntien laadunhallintatyötä. Tavoitteena on, että koululaiset saavat laadukkaita kouluterveydenhuollon palveluita tasa-arvoisesti asuinpaikasta riippumatta. Lisäksi suosituksen tarkoituksena on tukea kouluterveydenhuollon ja kouluuyhteisön kehittämistä antamalla tavoitteet kehittämistyölle. Tavoitteena on myös auttaa kuntia seuraamaan ja arvioimaan suosituksen toimeenpanoa ja tuloksia.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus on suunnattu ensisijaisesti kouluterveydenhuollosta vastaavalle johdolle ja kunnan päättäjille, jotka ohjeistavat ja suuntaavat palveluja sekä osoittavat voimavarat toiminnalle. Laatusuositus on tarkoitettu myös käytännön kouluterveydenhuollon parissa työskentelevien ammattihenkilöiden käyttöön. Suositus toimii henkilöstön apuna palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä sekä seurannan ja arvioinnin apuvälineenä. Suosituksen mukaan sitä voivat hyödyntää myös kouluterveydenhuollon palveluja käyttävät koululaiset ja heidän huoltajansa.

Suosituksen sisältö

Tavoitteiden saavuttamiseksi on annettu kahdeksan suositeltavaa kohtaa. Ensimmäinen suositus käsittelee palveluiden suunnitelmallisuutta ja saatavuutta sekä niiden seuranta- ja arviointia. Toinen suositus koskee kouluterveydenhuollon sisällyttämistä oppilashuollon kokonaisuuteen. Kolmas suositus käsittelee kouluterveydenhuollon palveluista tiedottamista koululaisille, huoltajille ja kouluille. Neljäs suositus käsittelee kouluterveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä, pätevyyttä ja pysyvyyttä. Viides suositus käsittelee toi-

mitilojen ja välineiden asianmukaisuutta. Kuudes suositus koskee koululaisten terveellistä ja turvallista kouluyhteisöä sekä -ympäristöä. Seitsemänneksi suositellaan koululaisten hyvinvoinnin seuraamista yksilöllisten terveystarkastusten ja suunnitelmien avulla sekä koko luokan hyvinvointia arvioimalla. Kahdeksas suositus käsittelee koululaisten terveystiedon vahvistamista ja terveyden edistämistä.

Kaikissa suosituksissa on neljä näkökulmaa: 1) koululaisen ja perheen näkökulma, 2) kouluyhteisön näkökulma, 3) ammattihenkilöiden näkökulma ja 4) hallinnon ja päätöksenteon näkökulma. Itse suositukset on kirjoitettu tiiviisti taulukkomuotoon. Suurin osa suosituksista on yksiselitteisiä ja melko tarkkoja ohjeita antavia. Joukossa on myös muutamia yleisen tason toteamuksia mm. riittävästä tiedon jakamisesta. Tarkimmat suositukset koskevat kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuutta sekä henkilöstömitoituksia.

Laatusuosituksen mukaan koululaisten laaja-alaisia terveystarkastuksia¹⁵ tulisi tehdä vähintään kolme peruskoulun aikana. Henkilöstön osalta on määritelty, että yhtä kokopäiväistä kouluterveydenhoitajaa kohden saa olla korkeintaan 600 oppilasta. Vastaavasti kouluterveydenhuollon lääkäriä pitää olla vähintään yksi työpäivä 500 oppilasta kohti viikossa tai kokopäiväistä lääkäriä kohti saa olla korkeintaan 2100 koululaista. Myös kouluterveydenhuollon henkilöstön tavoitettavuutta korostetaan suhteellisen tiukoilla vaatimuksilla. Lisäksi suosituksen mukaan kouluterveydenhuollon johdon pitää huolehtia, että koulun työolot tutkitaan joka kolmas vuosi yhteistyössä koulun, kouluterveydenhuollon, terveystarkastajan, työsuojelutarkastajan, kunnan teknisen toimen ja työterveyshuollon edustajien yhteistyönä.

Suosituksen ytimenä on kouluterveydenhuollon suunnittelun toteuttaminen vuosittaisilla toimintasuunnitelmilla, jotka liittyvät kiinteästi kunnan sosiaali- ja terveystoimen toiminta- ja talousarvio-

¹⁵ *Laaja-alaisella terveystarkastuksella tarkoitetaan valtakunnallisen terveystarkastusohjelman mukaista tietystä ikävaiheessa kaikille koululaisille tehtävää hyvinvoinnin ja terveyden arviointia. Tarkastukseen kutsutaan koululaisen vanhemmat ja pyydetään tietoja myös opettajilta ja muilta oppilashuollon työntekijöiltä. Laaja-alaisessa tarkastuksessa otetaan kantaa jatkotutkimuksen, hoidon ja tuen tarpeeseen ja samalla tehdään koululaiselle lähivuosisiksi kouluterveyden suunnitelma. Laaja-alainen tarkastus on monivaiheinen ja sen toteuttavat terveydenhoitaja ja lääkäri yhdessä. Määrittelystä enemmän kts. Stakes 2002*

suunnitteluun. Toimintasuunnitelman laatimisesta vastaa kansanterveystyöstä vastaava lautakunnalle esittelevä viranhaltija. Suunnitelma tulisi käsitellä sosiaali- ja terveys- sekä sivistyslautakunnassa ja se tulisi hyväksyä kunnan johtosäännön mukaisesti. Lisäksi kouluterveydenhuollon toiminnasta tulee laatia vuosikertomus, joka liitetään osaksi koulutoimen ja sosiaali- ja terveystoimen arviointia ja käsitellään osana koulun hyvinvointiarviointia.

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa on kunkin tavoitteen osalta esitetty ohjeellisia esimerkkejä arvioinnin seurantakeinoista, joiden avulla kuntien on mahdollista seurata laatusuosituksessa esitettyjen asioiden toteutumista. Osa seurattavista asioista on helppo todeta (esim. vuosikertomuksen laatiminen), osa seurannasta vaatii kuntakohtaista tietojen keruuta ja tilastointia (esim. verkostopalaverien määrä) ja osa edellyttää yhteisesti sovittuja käytäntöjä (esim. kouluterveydenhuollon työmenetelmien monipuolisuus). Seurantakeinojen osalta viitataan myös systemaattisempien seurantakeinojen käyttöön ottamisesta esimerkiksi erilaisten lasten ja nuorten hyvinvointia kuvaavien indikaattorien muodossa. Samoin seurannan ja arvioinnin osalta suositellaan seudullista kuntien ja alueen ammattikorkeakoulujen välistä yhteistyötä. Suosituksessa on mainittu erikseen ehdotuksia ensimmäisen kerran seurantakeinoiksi, jotka olisi pitänyt toteuttaa vuonna 2005.

Suosituksen valmistelu

Kouluterveydenhuollon suosituksen valmistelu käynnistyi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelmaan 2000 – 2003 kirjatus tavoitteen mukaisesti vuonna 2002. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen valmistelusta vastasi sosiaali- ja terveysministeriö sekä Stakes yhteistyössä. Suosituksen valmistelua ohjaamaan asetettiin ohjausryhmä, johon nimettiin edustajat sosiaali- ja terveysministeriöstä, opetushallituksesta, Suomen Kuntaliitosta ja Stakesista. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi tulosaluejohtaja Stakesista. Suosituksen valmistelijaksi palkattiin vuoden 2002 loppupuolella terveydenhuollon tarkastaja Itä-Suomen lääninhallituksesta.

Laatusuosituksen valmistelu pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman avoimesti ja laaja-alaisesti. Valmistelu suoritettiin vaiheittain siten, että ensiksi projektin vetäjä valmisteli alustavan näke-

myksen mahdollisista suosituksista olemassa olevaa asiantuntijamateriaalia hyödyntäen¹⁶. Tämän jälkeen kutsuttiin koolle kouluterveydenhuollon eri tahojen edustajista koostuvat yhteistyökokoukset kolmen eri läänin alueelle. Yhteistyökokouksiin kutsuttiin kouluterveydenhuollon parissa työskenteleviä asiantuntijoita: koululääkäreitä, erikoissairaanhoidon asiantuntijoita, psykologeja, kuraattoreja, terveydenhoitajia, rehtoreita sekä oppilaanohjaajia. Vuoden 2003 alussa pidettyjen ensimmäisen yhteistyökokouksierroksen perusteella sovittiin tulevan suosituksen painoalueista. Tämän jälkeen kirjoitettiin ensimmäinen luonnos laatusuosituksiksi. Luonnosta käsiteltiin uudelleen suppeammassa alueellisissa kommenttikokouksissa. Yhteensä kuuteen kokoukseen osallistui yli 300 kouluterveydenhuollon ja koulun asiantuntijaa. Kommenttien pohjalta tehtyjen korjausten jälkeen suositus toimitettiin sosiaali- ja terveystieteiden osalta luonnos lähetettiin lausunnon Opetushallitukseen sekä Suomen Kuntaliittoon. Lisäksi suositusluonnosta on kommenttoinut erikseen noin kaksikymmentä kouluterveydenhuollon asiantuntijaa.

Suosituksen valmistuttua ministeriö tiedotti siitä sekä valtakunnallisesti että alueellisten viranomaisten kautta. Suositukset jaettiin kuntiin ja tiedotuskanavana käytettiin pääosin lääninhallitusten koulutustilaisuuksia, kouluterveydenhuoltopäiviä sekä Terve-Sos –seminaaria.

2.4 TARKASTUSKYSYMYKSET JA TARKASTUKSEN TOTEUTUS

Tarkastuksen tavoitteena on selvittää sitä, miten kouluterveydenhuollon laatusuositus on vaikuttanut kuntien toimintaan. Yleisenä lähtökohtana on tarkastella laatusuositusta valtion harjoittaman ohjauksen yhtenä osana.

Tarkastuksen pääkysymyksenä on, missä määrin laatusuosituksen avulla voidaan ohjata kuntien toimintaa ja sitä kautta kuntalaisille tarjottavien palveluiden laatua ja saatavuutta. Tarkastuskysy-

¹⁶ *Valmistelun pohjana käytettiin ensisijaisesti kouluterveydenhuollon opasta (Stakes 2002), lääninhallitusten peruspalvelujen arviointeja sekä Duodecimin konsensuslausumaa koululaisten terveydestä (Duodecim 2001).*

mykseen vastaamiseksi pääkysymys on jaettu neljäksi alakysymykseksi:

1. Ovatko kunnat ja kuntayhtymät tietoisia kouluterveydenhuollon laatusuosituksista?
2. Millaisia toimenpiteitä kunnat ja kuntayhtymät ovat tehneet suosituksen perusteella?
3. Miten toimiva suosituksen sisältö on kuntatoimijoiden näkökulmasta?
4. Miten kuntatoimijat suhtautuvat suositukseen?

Neljä tarkastuskysymystä jaettiin edelleen konkreettisemmiksi kysymyksiksi, jotka esitettiin haastatelluille kuntien ja kuntayhtymien viranhaltijoille ja luottamushenkilöille. Viidentenä tarkastukseen liittyvänä kysymyksenä selvitettiin kuntatoimijoiden tietoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliseen valtiosuuteen lisätyistä määrärahoista, jotka on valtion taholta osoitettu kunnille lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantamiseen sekä kouluterveydenhuollon ja koululaisten iltapäivähoidon järjestämiseen. Tähän liittyen selvitettiin myös tehtyjä toimenpiteitä.

Tarkastuksen tiedonhankinta perustui ensisijaisesti neljäntoista tarkastelukunnan tilanteen havainnointiin sekä Stakesin toteuttamien kaikille terveystieteiden keskuksille suunnattujen kyselyiden tuloksiin. Näiden kahden osion synteesisistä on muodostettu tarkastuksen havainnot.

Kuntahaastattelujen kohteeksi valittiin 14 kunnan tai kuntayhtymän kouluterveydenhuollon kokonaisuus¹⁷. Tarkastelukohteet valittiin tapaustyyppisesti siten, että niiden kautta saataisiin kuva erilaisien kuntien ja kuntayhtymien tilanteesta eri puolella maata. Valinnassa käytettiin apuna lääninhallitusten terveydenhuollon tarkastajien näkemyksiä. Haastatteluja kunnissa ja kuntayhtymissä tehtiin 19 ja haastateltavia oli yhteensä 41. Haastattelut toteutettiin pääosin marraskuun 2005 ja helmikuun 2006 välisenä aikana. Yleisimmin haastateltiin erikseen kouluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastaavaa ylilääkärinä tai tulosalueen johtajaa sekä hoitotyöstä vastaavaa ylihoitajaa tai muuta vastaavaa viranhaltijaa. Käytännössä tarkastelun kohteena oli siis terveystieteiden toiminta sekä lääkäri- että

¹⁷ *Tarkastuksen kohdekunnat ilmenevät lähdetiedoista.*

hoitotyön linjaorganisaatioiden kautta. Tämän lisäksi näkemystä laajennettiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtajien sekä sosiaali- ja terveyslautakuntien puheenjohtajien puhelinhaastatteluilla, jotka toteutettiin helmi-maaliskuussa. Haastattelujen lisäksi tarkastuksessa käytettiin hyväksi tarkastelukuntien kouluterveydenhuollon palveluihin liittyvää kirjallista asiakirja-aineistoa.

Koko maata kattavaa tutkimustietoa saatiin Stakesin vuoden 2005 keväällä ja syksyllä toteutetuista kyselyistä. Nämä liittyvät meneillään olevaan Kerttu-hankkeeseen sekä Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä selvitykseen¹⁸. Keväällä 2005 tehdyssä kyselyssä oli oma osiot peruskoulujen yläluokkien rehtoreille sekä terveyskeskusten johtaville viranhaltijoille. Vastaukset kyselyyn saatiin 173 terveyskeskuksesta. Syksyllä toteutetussa kyselyssä kohteena oli terveyskeskusten johto ja kahden uusintakyselyn jälkeen vastaukset saatiin 224 terveyskeskuksesta. Molemmista kyselyistä on ilmestynyt perusraportit, joissa kuvataan keskeisimmät tutkimustulokset¹⁹.

Kuntahaastattelujen ja koko maata koskevan kyselytiedon lisäksi tarkastuksessa käytettiin hyväksi erillisiä asiantuntijahaastatteluja sekä aihealueeseen liittyvää tutkimus-, selvitys- sekä muuta asiakirjamateriaalia. Kouluterveydenhuollon asiantuntijoille suunnattuja haastatteluja tehtiin neljä. Asiakirjoista tärkeimpiä olivat kouluterveydenhuollon laatusuositus sekä opas. Lisäksi perehdyttiin asiaan liittyvän lainsäädäntöön taustatöineen sekä tehtyihin tutkimuksiin ja selvityksiin sekä muihin kirjallisiin aineistoihin.

Aineistojen analyysimenetelmänä käytettiin kirjallisten dokumenttien ja haastatteluaineistojen sisällön luokittelua ja vertailua. Kyselyaineistojen osalta käytettiin niistä laadittuja raportteja. Suositusten merkitystä ja niiden toimivuutta ohjausvälineenä arvioitiin rajatusti myös valtion keskushallinnon näkökulmasta, mutta tarkastuskysymysten mukaisesti pääpaino oli kuntien toiminnan selvittämisessä.

Tarkastuksen oletukset, aineistot ja menetelmät rajoittavat sitä, mitä tarkastuksen perusteella voidaan päätellä laatusuositusten ohjaavista vaikutuksista kuntien toimintaan. Ensinnäkin, koska tarkas-

¹⁸ *Kerttu-tutkimushanke (Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus) on osa Suomen Akatemian rahoittamaa perusterveydenhuollon tutkimuskokonaisuutta.*

¹⁹ *Stakes 2005, Stakes 2006a ja Stakes 2006b*

tus koski ainoastaan kouluterveydenhuollon suositusta, niin havaintojen yleistäminen muiden laatusuositusten alueille ei ole suoraan mahdollista. Yleistämisen estää kuntien tehtäväalueiden eroavaisuuksien lisäksi myös laatusuositusten keskinäinen erilaisuus. Toinen rajoite liittyy havaintojen yleistämiseen. Tarkastus perustuu pääosin 14 kuntatapauksen analyysiin, jolloin tehtyjä havaintoja ei voida yleistää koskemaan sellaisenaan koko kuntasektoria. Toisaalta valitsemalla erilaisia kuntia niin koon, sijainnin kuin palveluiden järjestämistavan suhteen, voidaan havaintojen olettaa kuvaavan kohtuullisen hyvin laatusuositusten vaikutuksia kunnissa. Stakesin toteuttamien kyselyjen tulosten avulla voidaan luonnollisesti parantaa yleistettävyyttä tiettyjen havaintojen osalta.

Kertomusluonnos on ollut kommentoitavana sosiaali- ja terveysministeriössä sekä Suomen Kuntaliitossa. Saatu palaute on otettu huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

Tarkastuksen on tehnyt ylitarkastaja Mikko Koskinen ja tarkastusta ovat ohjanneet tarkastusjohtaja Jarmo Soukainen ja tarkastuspäällikkö Armi Jämsä.

3 TARKASTUSHAVAINNOT

3.1 KOULUTERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN ORGANISOINTI

3.1.1 Kunta palveluiden järjestäjänä

Kansanterveislain (1972/66) mukaan kunnan tulee järjestää alueellaan kouluterveydenhuollon palvelut. Kansanterveysasetuksessa (802/1992) täsmennetään kouluterveydenhuollon tehtäviä ja erikoistutkimuksia. Lain 14 §:ssä todetaan kouluterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä seuraavaa: kunnan tulee ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisyys- ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus.

Lain mukaan kansanterveystyön toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtii kunnan tai kuntayhtymän määräämä monijäseninen toimielin eli sosiaali- ja/tai terveyslautakunta tai vastaava. Käytännössä lautakunnan tehtävänä on johtaa palvelujen järjestämistä kunnassa tai kuntayhtymässä sekä huolehtia palveluiden tasapuolisesta saatavuudesta ja riittävästä laadusta. Lautakunnan työhön liittyy olennaisena osana toimialan talousarvioehdotuksen laatiminen, talousarvion käyttösunnitelmasta päättäminen sekä toimintakertomuksen antaminen. Kansanterveislaisissa määrättyjen tehtävien hoitamiseksi kunnalla tai kuntayhtymällä tulee olla terveyseskus.

Vuoden 2006 alusta voimaan astuneessa kansanterveislain muutoksessa on kouluterveydenhuoltoon liittyvää säädöspohjaa muutettu siten, että valtiovallalle on mahdollistettu tiettyjen palvelualueiden tarkempi ohjaus erillisillä asetuksilla. Jatkossa myös kouluterveydenhuollosta voidaan säätää po. asetuksia. Mahdollisuuden kirjaaminen lakiin kuvastaa sitä, että nykyisten ohjauskeinojen vaikutusmahdollisuuksiin ei olla kaikilta osin oltu tyytyväisiä. Tähän vii-

tataan myös kansanterveyslain uudistukseen liittyvän hallituksen esityksen yleisperusteluissa.

Kouluterveydenhuollon oppaassa ja suosituksessa on palveluiden suunnittelua ja organisointia kuvattu lainsäädäntöä tarkemmin. Vuonna 2002 julkaistun oppaan mukaan kunnassa tulee olla viranhaltija, joka hallinnollisesti vastaa kouluterveydenhuollon kehittämisestä, toteuttamisesta ja arvioinnista²⁰. Laatusuositukseen on puolestaan kirjattu, että kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudesta vastaa viime kädessä kansanterveystyöstä vastaava ylilääkäri tai muu terveystoimen asiat sosiaali- ja terveystalokunnalle esittelevä viranhaltija²¹.

Virkamiestasolla kouluterveydenhuollon palveluiden kokonaisuudesta vastaa viime kädessä terveydenhuollon asiat lautakunnalle esittelevä johtava viranhaltija. Käytännössä asia ei ole näin selkeä. Tarkastuksessa havaittiin, että kouluterveydenhuollon vastuuhenkilön määrittelyä ei ole aina tehty. Perustilanteessa kouluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastaavaksi henkilöksi on nimetty terveyskeskuksen ylilääkäri tai tietyn palvelualueen päällikkö. Suurimmissa kaupungeissa kouluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastasivat terveyden edistämisen tai muun vastaavan tulosalueen johtaja. Joissakin tapauksissa palveluiden käytännön saatavuudesta vastasivat tulosalueen johdon lisäksi alueelliset yksiköt ja niiden päälliköt²².

Neljätoista tarkastelukohteen kouluterveydenhuollon palveluiden hallinnon ja johtamisen kuvaaminen kootusti on mahdotonta, sillä kaikissa tapauksissa johtamiseen liittyvät käytännön mallit on toteutettu eri tavalla. Kouluterveydenhuollon palvelukokonaisuuden vastuuhenkilöt jakaantuvat seuraavien nimikkeiden alle: hyvinvointijohtaja, terveyden edistämisen päällikkö, peruspalvelujohtaja, perusturvajohtaja, perhe- ja sosiaalipalvelujen johtaja, avohoidon johtaja, ylilääkäri (4 kpl) sekä ylihoitaja/osastonhoitaja/ johtava hoitaja (4 kpl). Pelkät virkanimikkeet eivät kerro kuitenkaan koko totuutta, sillä asiantuntijavastuuta on nimetty tai delegoitu myös toisille osa-

²⁰ *Stakes 2002*

²¹ *STM 2004a*

²² *Tarkastelukuntien viimeaikaisissa organisaatiouudistuksissa oli poikkeuksetta luovuttu alueellisista yksiköistä ja hallinnoinnissa oli siirrytty keskitetympiin hallinnointitapoihin. Suurempaa painoa ei tälle havainnolle voi antaa, koska tapauksia oli vain muutama.*

puolille, esimerkiksi terveyskeskuslääkärille. Joissakin terveyskeskuksissa kysymykseen palveluiden vastuuhenkilöstä ei osattu vastata tai vastaukseksi annettiin, että palveluista vastaa useampi viranhaltija yhdessä. Toiminnan organisoinnin systemaattisuudessa oli huomattavia eroja terveyskeskusten välillä ja kaikissa tapauksissa palveluiden organisointiin ja vastuukysymyksiin ei ole kiinnitetty juuri huomiota. Erityisesti pienimmissä terveyskeskuksissa oli epäselvää, mikä on ylilääkärin vastuu palveluista ja miltä osin kokonaisuus kuuluu ylihoitajan, osastonhoitajan tai johtavan hoitajan vastuulle. Joissakin pienissä terveyskeskuksissa myös kouluterveydenhoitajalla saattaa olla merkittävä rooli palveluiden suunnittelussa.

Useissa tarkasteltavissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuollon vastuuhenkilöiksi nimetyt viranhaltijat eivät tunteneet kovin yksityiskohtaisesti kouluterveydenhuollon palveluiden kokonaisuutta, siihen liittyviä ongelmakohtia tai laatusuosituksen vaatimuksia. Muutamassa tapauksessa palveluiden selitettiin olevan hyvällä tasolla, vaikka laatusuosituksen tavoitteet eivät toteutuneet läheskään toivotulla tavalla. Vastaavasti hoitotyön vastuuhenkilöt - eli kouluterveydenhoitajien esimiehet - tunsivat palveluihin liittyvät käytännön seikat ja ongelmakohdat hyvin. Usein hoitotyöstä vastaavat henkilöt korjasivatkin kokonaisuudesta vastaavien johtajien esittämiä näkemyksiä palveluiden järjestämiseen ja tasoon liittyen.

Myös Stakesin keväällä 2005 tekemässä terveyskeskuskyselyssä kiinnitettiin huomiota siihen, ettei kouluterveydenhuollon vastuuhenkilöä ole selkeästi nimetty kaikissa kunnissa. Stakesin kyselytulosten perusteella vastuut jakaantuivat karkeasti siten, että joka kolmannessa terveyskeskuksessa kehittämisestä vastasivat osastonhoitajat, johtavat hoitajat ja ylihoitajat, toisessa kolmanneksessa kehittämisvastuu oli ylilääkäreillä, johtavilla lääkäreillä ja muilla lääkäreillä sekä viimeisessä kolmanneksessa vastuu oli terveydenhoitajilla ja kouluterveydenhoitajilla.

Yhteistä kaikille tarkasteltaville terveyskeskuksille oli lääkärityön ja kouluterveydenhoitajien työn irrallisuus toisistaan. Käytännön hoitotyön sujuvuudesta ja suunnittelusta sekä kouluterveydenhoitajien esimiestehtävistä vastasivat ylihoitajat tai osastonhoitajat. Lääkärien suorittamat tarkastukset ja vastaanotot tulevat tämän perustyön päälle, usein enemmän tai vähemmän irrallisena osana. Monissa terveyskeskuksissa todettiin, että lääkärien ja hoitajien yhteistyö on sujunut hyvin, mutta toisaalta hoitohenkilökunta kaipasi välittömämpää yhteistyötä ja tukea lääkäreiltä. Etenkin suuremmis-

sa terveyskeskuksissa on lääkäreitä ollut hankalaa irrottaa normaalia vastaanottotyöstä. Lääkäriyön hankalaa saatavuutta selitettiin terveyskeskustyön kiireellisyydellä sekä osittain myös motivaatioon ja palkitsemiseen liittyvillä tekijöillä. Kokonaisuudessaan kouluterveydenhuollon palvelujen kokonaissuunnittelu ja -johtaminen on jäänyt terveyskeskuksissa vähäiselle huomiolle, koska hoito- ja lääkäriyötä on johdettu kunkin alueen omien esimiesten ja tarpeiden kautta. Lähes kaikissa tarkastelutapauksissa lääkäriyön saatavuuteen oli hankalaa vaikuttaa kouluterveydenhuollon puolelta.

Lääkärilehdessä ilmestyneen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon erillisistä linjaorganisaatioista näyttää aiheutuvan perustavanlaatuisia johtamisongelmia terveydenhuollon organisaatioissa. Tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhuollon ylin johto kokee erillisten linjaorganisaatioiden aiheuttavan muun muassa vastuuseen ja valtaan liittyviä ongelmia sekä riskiä organisaation toiminnan ja toiminnan tavoitteiden eriytymisestä. Lähiesimiehet kokevat puolestaan ongelmaksi erityisesti huonon tiedonkulun linjaorganisaatioiden välillä, mikä puolestaan aiheuttaa käytännön johtamisongelmia muun muassa resurssien allokoinnissa.²³

Kouluterveydenhuolto on useimmiten yhdistetty hallinnollisesti terveydenhoidon ehkäiseviin tai terveyden edistämisen palveluihin. Muutamassa tarkasteltavassa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuolto oli osa lasten-, nuorten ja perheiden palveluita. Palveluiden hallinnoinnin osalta oli huomionarvoista, että lähes puolessa terveyskeskuksia on kouluterveydenhuollon organisaatiota uudistettu kahden edellisen vuoden aikana. Palveluita koskevien suunnitelmien ja raportointien puuttuminen selitettiin usein juuri organisaation uudistumisella ja sen aiheuttamalla lisätyöllä.

Kunnan koko vaikuttaa luonnollisesti palveluiden organisointiin. Suurissa kunnissa tarvitaan huomattavasti tarkempaa toiminnan suunnittelua, jotta palvelut saadaan toteutettua yhdenmukaisesti koko kunnan alueella. Pienissä kunnissa tilanne pysyy usein huomattavasti paremmin hallinnassa, kun koko toimintaa pyörittää muutama henkilön muodostama rutinoitunut ydinryhmä. Toisaalta suunnitelmallisuus ja kirjatut käytännöt korostuvat myös pienissä kunnissa, mikäli kouluterveydenhuollosta vastaava henkilöstö vaihtuu

²³ *Virtanen ja Kovalainen 2006*

tai siirtyy eläkkeelle. Kouluterveydenhuollon palvelujen suunnitelmallisuuteen palataan tarkemmin luvussa 3.4.

Tarkastuksen perusteella voidaan todeta, että tarkasteltavissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuollon palvelut on järjestetty vaihtelevilla tavoilla eikä yhdenmukaisia käytäntöjä juuri ole. Havaintona voidaan todeta, että kouluterveydenhuoltoa johdetaan vain harvoin selkeänä palvelukokonaisuutena, johon sisältyy sekä hoito- että lääkäri työ. Kouluterveydenhuollon palveluilla ei ole aina selkeästi nimettyä vastuullista viranhaltijaa.

3.1.2 Kouluterveydenhuollon resurssit

Kuntien ja kuntayhtymien käyttötalouden valtakunnallisessa tilastoinnissa ei kouluterveydenhuoltoa ole eroteltu perusterveydenhuollon palvelukokonaisuudesta. Myös kuntatason taloussuunnittelun näkökulmasta tällainen erottelu on useimmissa kunnissa tekemättä.

Haastatellut palveluista vastaavat viranhaltijat arvioivat kouluterveydenhuollosta aiheutuvat kustannukset suhteellisen pieniksi, kun osuutta verrataan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Kustannusten kuvattiin aiheutuvan ensisijaisesti henkilöstökuluista, koska kouluterveydenhuolto on hyvin pitkälti työvoimavaltaista toimintaa. Toiminnan terveydenhoitajavaltaisuus on toisaalta pitänyt kouluterveydenhuollon kustannukset kohtuullisina ja toiminnan suhteellisen kattavana.

Vain joka kolmannessa tarkastelukunnassa kouluterveydenhuollon taloustiedot kyettiin erottamaan perusterveydenhuollon kokonaisuudesta. Vaikka erottelu kyettiin teknisesti tekemään, niin tilanne ei aina ollut silti selkeä. Yhdessä tarkasteltavassa terveyskeskuksessa toiminta- ja taloustietojen raportointi oli katkennut organisaatiomuutoksen myötä ja kahdessa tapauksessa kouluterveydenhuollon palvelut oli yhdistetty neuvolatoiminnan tai opiskelijaterveydenhuollon kanssa. Kahdessa terveyskeskuksessa oli puolestaan epävarmuutta sen suhteen, miten hyvin lääkäri työnsä kustannukset on jyvitetty kouluterveydenhuollon kustannuksiin. Kokonaisuudessaan kouluterveydenhuollon resurssien kehittymistä tarkastelukunnissa on mahdotonta selvittää tämän tarkastuksen yhteydessä, koska eriteltyä taloustietoa on saatavilla hyvin niukasti ja sen laatu on heikkoa. Lisäksi eri vuosien välisten tietojen vertaaminen on hankalaa tiedollisten puutteiden sekä organisaatiomuutosten vuoksi.

Kouluterveydenhuolto hukkuu osaksi terveystakeskukseen toimintaa erityisesti lääkäriyön osalta, koska lääkärien koulutyöhön käyttämää työaikaä ei kyettä erottelemaan normaalista terveystakeskustyöstä. Tältä osin tilanne oli kaikissa terveystakeskuksissa epäselvä. Lääkärien tekemän työn määrää pystyttiin parhaiten kuvaamaan koululaisille suoritettujen määrääaikaistarkastusten lukumäärillä, jotka vaihtelivat yhden ja kolmen välillä perusopetuksen aikana. Kouluterveydenhuoltoon käytetyistä lääkäriresursseista ei saatu tarkkaa kuvaa haastattelujen avulla. Kysymykseen ei yksinkertaisesti osattu vastata, koska terveystakeskuslääkärien kouluissa tekemiä tuntimääriä ei osattu arvioida. Lääkärien vähäinen osallistuminen kouluterveydenhuoltoon koettiin kuitenkin jonkinlaiseksi ongelmaksi lähes kaikissa terveystakeskuksissa.

Kouluterveydenhoitajien työpanokset sekä niiden suhteet oppilasmääriin olivat lääkäriyötä paremmin tiedossa. Kolmessa tapauksessa hoitajien lukumääriä ei voitu kuitenkaan ilmaista tarkasti, koska tarkkaa työajanseurantaa ei ole tehty ja hoitajien työtehtävät jakaantuivat kouluterveydenhuollon lisäksi neuvolatyöhön ja kotipalveluihin. Tarkasteltavissa terveystakeskuksissa oppilaiden lukumäärät yhtä hoitajaa kohden vaihtelivat kuntien omien ilmoitusten mukaan 600 ja 1400 välillä. Keskimääräistä lukemaa ei tarkastelutapausten osalta voida ilmaista, sillä kahden huonoimman terveystakeskukseen tilanne vääristää tällaista tarkastelua ja kolmen muun terveystakeskukseen osalta ei kyseisiä lukuja kyetty arvioidaan. Reilussa puolessa tapauksista hoitajien mitoitus oli suosituksen mukainen tai lähellä sitä. Neljässä terveystakeskuksessa hoitajien määrä oli suosituksen yli jonkin verran ja kahden terveystakeskukseen osalta suosituksen mukainen enimmäisoppilasmäärä ylitettiin vähintään kaksinkertaisesti.

Edellä kuvattuja voimavaroja kuvaavia lukuja täytyy tulkita varoen, sillä laskennan oletukset ja rajaukset poikkesivat toisistaan eri terveystakeskuksissa. Koska resurssien kehittymistä ei voitu arvioida kvantitatiivisesti, niin asiaa kysyttiin suullisesti vastuullisilta viranhaltijoilta. Heidän mielestään palveluihin suunnatut resurssit ovat säilyneet ennallaan tai ne ovat lisääntyneet hieman neljän viime vuoden aikana. Joka kolmannessa tarkastelutapauksessa resurssien lisääntyminen on konkretisoitunut uusien työntekijöiden palkkaamisena tai koululaisten suhteellisen määrän vähenemisenä. Toisaalta resurssilisäyksiä saaneissa terveystakeskuksissa viitattiin kouluterveydenhuollon lähtötilanteen heikkouteen. Näissä tapauksissa pal-

veluja oli supistettu merkittävästi 1990-luvun laman yhteydessä, jonka seurauksena oppilasmäärät hoitajia kohden ovat vieläkin suuria. Kahdessa terveyskeskuksessa suositukseen liittyvät oppilasmittaukset ylitettiin yli kaksinkertaisesti.

Kouluterveydenhuollon voimavaroihin liittyvä epä tietoisuus on havaittavissa myös koko maan tilannetta kuvaavissa tutkimustuloksissa²⁴. Stakesin vuoden 2005 syksyllä toteuttamassa kyselyssä lääkäreiresursseista oli huomattavasti hankalampaa saada tietoja kuin kouluterveydenhoitajista. Voimavaratietojen keräämisen yhteydessä jouduttiin henkilöstömitoitustiedot lähettämään kaksi kertaa terveyskeskuksiin tarkistettavaksi ja sen lisäksi niitä selvitettiin erikseen suurimmista kaupungeista. Tarkastuskierrosten aikana useat terveyskeskukset muuttivat henkilöstönsä mitoitustietoja. Kahden uusintakyselyn jälkeen vastaukset saatiin 224 terveyskeskuksesta eli lähes 90 prosenttisesti kaikista terveyskeskuksista. Kyselyn myötä ilmeni, ettei henkilöstötietojen kerääminen, jyvittäminen ja suhteuttaminen tehtävämääriin kuulu terveyskeskusten työnsuunnittelun arkirutiineihin.

Valtakunnallisen kyselyaineiston mukaan arvioidut kouluterveydenhuollon henkilöstömäärät vaihtelevat koko maan osalta kouluterveydenhoitajien suhteen 950 – 1000 henkilötyövuoden välillä. Lääkär tiedot saatiin vain alle puolesta terveyskeskuksista, jolloin ne voidaan arvioida vain suunta-antavasti. Stakesin arvion mukaan kouluterveydenhuollossa toimii yhteensä noin 1100 lääkäriä, mutta heidän työpanoksena on niin vaatimatonta, että lääkäreiden kokonaistyöpanos kouluterveydenhuoltoon on vain noin 90 henkilötyövuotta koko maassa. Terveyskeskuksissa työskentelee vain muutama kokopäivätoiminen ja noin 30 puolipäivätoimista koululääkäriä. Loput lääkäri työstä tehdään lyhyinä pätkinä normaalin terveyskeskusvastaanoton ohella.²⁵

Kerätyssä aineistossa oli merkittäviä terveyskeskuskohtaisia eroja sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden henkilöstömitoituksissa. Yhtä terveydenhoitajaa kohden oppilaita oli 300 - 1217, kun suosituksen mukaan oppilaita tulisi olla korkeintaan 600. Lääkäreiden osalta oppilaita oli 1250 – 20 000, kun suosituksen mukaan oppilai-

²⁴ *Stakes 2006a ja Stakes 2006b*

²⁵ *Wiss ym. 2006*

ta tulisi olla korkeintaan 2100²⁶. Keskimäärin oppilaita oli 678 kouluterveydenhoitajaa kohden ja 6551 koululääkärinä kohden²⁷. Joka toisessa terveyskeskuksessa oppilaita oli terveydenhoitajaa kohden vähintään 650. Lääkäreiden osalta joka toisessa terveyskeskuksessa oli yli 6000 oppilasta yhtä lääkäriä kohden. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen mukaisen mitoituksen ilmoitti terveydenhoitajille hieman yli kolmannes ja lääkäreille vajaa kymmenesosa terveyskeskuksista.

Terveyskeskuskyselyiden yhteydessä Stakes selvitti kymmenen suurimman kaupungin kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat tiiviillä yhteistyöllä kaupunkien yhdyshenkilöiden kanssa²⁸. Stakesin arvion mukaan kymmenen suurimman kaupungin kouluterveydenhuollon palkkamenot olivat vuonna 2005 oppilasta kohden noin 60 – 90 euron välillä, keskimäärin henkilöstökulut olivat noin 73 euroa oppilasta kohden.²⁹

Kyselyaineiston mukaan noin 80 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarojen säilyneen ennallaan vuosina 2003 - 2005. Lisäystä voimavaroissa ilmoitti 34 ja vähennystä 17 prosenttia. Lisäykset olivat selvässä yhteydessä terveyskeskuksen alueen väestömäärään. Yli 50 000 asukkaan terveyskeskuksista joka kolmas ilmoitti lisänneensä henkilöstövoimavaroja. Vastaavasti henkilöstöä vähentäneistä 81 prosenttia oli alle 10 000 asukkaan terveyskeskuksia. Stakesin tutkimustulosten mukaan laatusuosituksen vaikutukset kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksiin ovat jääneet toistaiseksi vaatimattomiksi.³⁰

Tarkastuksen yhteydessä tehdyissä haastatteluissa ilmeni, että tarkasteltavien terveyskeskusten kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukset olivat vain harvoilta osin suosituksen mukaisia. Hoitotyön osalta puutteita oli vajaassa puolessa tarkastelukunnista. Lääkäriäryön osalta suosituksen mukaisista tavoitteista oltiin huomattavasti kauempana. Valtakunnalliset tulokset ovat pitkälti samansuuntaisia tarkastuksessa tehtyjen havaintojen kanssa. Lääkärien välit-

²⁶ *Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen mukaan kokopäivätoimista kouluterveydenhuollon lääkäriä kohden tulisi olla 2100 koululaista tai yksi työpäivä 500 oppilasta kohden viikossa.*

²⁷ *Tunnusluvut ovat terveyskeskusten väestömäärillä painotettuja keskiarvoja.*

²⁸ *Rimpelä 2006*

²⁹ *Rimpelä ja Wiss 2006*

³⁰ *Wiss ym. 2006*

tömämpää osallistumista kouluterveydenhuoltoon kaipasivat erityisesti kouluterveydenhoitajat, jotka muutamassa tapauksessa ovat yksin koululaisten ongelmien kanssa ilman lääketieteellistä tukea. Tukea kaivattiin nimenomaan koululla tehtävälle työlle.

3.2 KOULUTERVEYDENHUOLLON SUOSITUS JA PALVELUIDEN SUUNNITTELU

3.2.1 Tietoisuus kouluterveydenhuollon suosituksesta

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa todetaan, että se on tarkoitettu ensisijaisesti kouluterveydenhuollosta vastaavalle johdolle ja kunnan päättäjille, jotka ohjeistavat kouluterveydenhuollon palveluja ja osoittavat voimavarat toiminnalle. Lisäksi laatusuositus on tarkoitettu myös ammattihenkilöiden käyttöön.

Kouluterveydenhuollon hoitotyöstä vastaavat viranhaltijat tunsivat suosituksen ja sen sisällön erittäin hyvin. Lähes kaikki haastatellut hoitotyön esimiehet olivat osallistuneet jo suosituksen valmisteluun liittyviin alueellisiin työkokouksiin. Lisäksi haastatellut mainitsivat suosituksen olleen esillä lääninhallituksen koulutustilaisuuksissa. Hoitotyön johdosta vastaavat viranhaltijat olivat jakaneet tietoa suosituksesta aktiivisesti kouluterveydenhoitajille. Kaikissa tarkastelun kohteena olevissa terveyskeskuksissa suositus oli jaettu kouluterveydenhoitajille ja useimmiten asiaan liittyen oli pidetty myös sisäisiä koulutuksia ja keskustelutilaisuuksia.

Lääkärityöstä vastaavien viranhaltijoiden osalta tietoisuus jakaantui karkeasti kolmelle tasolle. Kolmessa terveyskeskuksessa oli kouluterveydenhuollosta aidosti kiinnostuneita johtavia lääkäreitä tai ylilääkäreitä, jotka samalla toimivat hallinnollisissa tehtävissä avoterveydenhuollon puolella. He ovat asiantuntijoita kouluterveydenhuollon suhteen ja heidän tietämyksensä suosituksesta ja sen sisällöstä oli erittäin hyvä. Toisena ryhmänä olivat lääkärit, jotka puheiden tasolla korostivat kouluterveydenhuollon asemaa, mutta eivät olleet erityisemmin panostaneet suosituksen eteenpäin viemiseen. Nämä tiesivät suosituksen olemassa olost ja tunsivat sisältöä jossain määrin. Kolmantena ja suhteellisen pienenä ryhmänä olivat lääkärit, jotka suhtautuivat väheksyvästi tai kielteisesti suositukseen ja pitivät niiden vaatimuksia liian korkealle mitoitettuina. Heidän mielestään suositukset olivat ristiriidassa olemassa olevien resurs-

sien ja mahdollisuuksien suhteen. Joidenkin haastateltujen mielestä suositukset on valmisteltu liian suppeasta - suurten kaupunkien ja valtion keskushallinnon - näkökulmasta. Kaikista terveyskeskuksissa ei lääkäreitä saatu haastateltavaksi, koska kouluterveydenhuollon kokonaisvastuu kuului muulle viranhaltijalle kuin lääkärille.

Suosituksen leviäminen kuntien ja terveyskeskusten hallintoon oli hankala asia todentaa, sillä haastatellut vastuuhenkilöt eivät muistaneet kovin tarkkaan miten asiaa oli käsitelty milläkin tasolla ja keille suositus oli jaettu. Etenkin terveyskeskusten johtoryhmäkäsittelyt, mikäli sellaisia on ollut, ovat olleet epävirallisia esittelyjä ja asian tiedoksi tuomista.

Tarkastelukuntien sosiaali- ja terveystoimen toimialajohdossa kouluterveydenhuollon laatusuositus tunnettiin melko huonosti. Vain kolmessa tapauksessa sosiaali- ja terveystoimenjohtajat olivat hyvin tietoisia suosituksesta ja sen sisällöstä. Yksi toimialajohtaja tunsii tavoitteet jossain määrin. Vastaavasti kaksi kolmasosaa haastatelluista toimialajohtajista tunsivat kouluterveydenhuollon suosituksen vain huonosti tai ei ollenkaan. Pienempien tarkastelukuntien osalta suositusten tuntemista kysyttiin suoraan kunnanjohtajilta, joiden tietämys jäi toimialajohtajien vaatimattomammaksi.

Kolmen terveyskeskuksen viranhaltijat totesivat, että suositus oli esitelty kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnalle jossain muodossa. Yleensä asia oli viety tiedoksi eikä varsinaisia päätöksiä asiaan liittyen ollut tehty. Pöytäkirjamerkintöjä suosituksen käsittelyistä ei löytynyt. Lautakuntien puheenjohtajat tunsivat suosituksen vaihtelevasti. Vajaa puolet tarkastelukuntien lautakuntien puheenjohtajista tunsii suosituksen ja sen sisällön. Kolme puheenjohtajaa tunsii suosituksen ja sen sisällölliset periaatteet hyvin tai erittäin hyvin. Suurempi osa tunsii suosituksen huonosti tai ei ollenkaan. Sivistystoimen hallintoon kouluterveydenhuollon suositusta ei ole viety kertaakaan järjestelmällisesti. Yhdessä kunnassa oli käyty epävirallisia keskusteluja sivistystoimen johdon kanssa ja toisessa tapauksessa oli suuren oppilashuoltoryhmän toiminnan yhteydessä keskusteltu lyhyesti suosituksesta.

Stakesin terveyskeskuskyselyissä selvitettiin kaikista maan terveyskeskuksista, miten suositusta on käsitelty henkilöstön keskuudessa. Kyselyjen tulosten mukaan lähes kaikissa terveyskeskuksissa laatusuositus oli jaettu tiedoksi kouluterveydenhoitajille. Joka toisessa terveyskeskuksessa oli terveydenhoitajien kanssa sovittu myös suosituksen perusteella tehtävistä jatkotoimenpiteistä. Koululääkä-

reille suositus oli jaettu vähintään tiedoksi yli 80 prosentissa kyselyyn vastanneissa terveyskeskuksissa. Koululääkäreiden kanssa oli sovittu toimenpiteistä huomattavasti harvemmin kuin hoitajien kanssa.³¹

Myös päätöksentekijöiden suhteen Stakesin koko maata koskevan kyselyn tulokset ovat samansuuntaisia kuin tarkastuksen havainnot. Joka kolmas terveyskeskusten johtoryhmä ei ollut käsitellyt suositusta mitenkään ja joka kolmannessa terveyskeskuksessa suositus oli jaettu vain tiedoksi. Luottamushenkilöille asia oli lähetetty tiedoksi tai sitä oli esitelty vielä huomattavasti harvemmin. Varsinaisista toimenpiteistä oli sovittu vain harvoin luottamushenkilö- tai virkamiesjohdon tasolla. Stakesin kyselyn tulokset vaihtelivat alueellisesti siten, että luottamushenkilöhallinnossa käsittely oli yleisintä Etelä-Suomen ja Oulun lääneissä sekä harvinaisinta Lapin läänissä.³²

Kokonaisuudessaan tietoisuus kouluterveydenhuollon laatusuosituksen olemassaolosta ja siihen liittyvistä sisällöllisistä tekijöistä vaihteli huomattavasti eri toimijoiden kesken. Tutuinta asia oli luonnollisesti kouluterveydenhoitajille ja muille kouluterveydenhuollon parissa työskenteleville ammattihenkilöille. Sen sijaan johtavien virka- ja luottamusmiesten tiedoissa oli huomattavia puutteita.

3.2.2 Suositus palveluiden suunnittelussa ja raportoinnissa

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ensimmäisen kohdan mukaan kunnan tulee laatia vuosittain kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma, joka kattaa kaikki koulut ja jonka laatimisesta vastaa kasanterveystyöstä vastaava ylilääkäri tai muu viranhaltija. Suunnitelma tulee käsitellä sosiaali- ja terveyslautakunnassa sekä sivistyslautakunnassa. Suosituksen mukaan kouluterveydenhuollon toiminnasta tulee tuottaa myös vuosikertomus, joka liitetään osaksi koulutoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen arviointia ja käsitellään myös osana koulun hyvinvointiarviointia. Kouluterveydenhuollon tavoitteiden, vastuuden, sisältöjen ja voimavarojen kirjaamista suunnitel-

³¹ *Stakes 2005 ja Stakes 2006a*

³² *sama*

miin ja niiden toteutumisen raportointia on perusteltu sillä, että kouluterveydenhuollon edellyttämä laaja ja moniammatillinen yhteistyö vaatii toimiakseen yhteisiä toimintalinjoja ja suunnitelmallisuutta.³³ Ennen laatusuositusta on kuntien kouluterveydenhuollon suunnittelua ohjeistettu vuonna 2002 julkaistulla kouluterveydenhuollon oppaalla. Oppaan mukaan kouluterveydenhuollon suunnitelma tulee valmistella sosiaali-, terveys- ja koulutoimen yhteistyönä ja se pitää käsitellä terveys- ja koululautakunnissa. Opas antaa myös sisältösuosituksia suunnitelman laadintaan. Lisäksi oppaassa suositellaan erikseen myös toimintakertomusten laadintaan liittyvistä seikoista. Ennen kouluterveydenhuollon opasta on suunnitelmien laadintaa ohjeistettu Lääkintöhallituksen ohjekirjeillä vuosina 1972 ja 1981³⁴.

Suunnitteluun liittyvät käytännöt

Tarkasteltavista terveyskeskuksista kolme oli laatinut kouluterveydenhuollosta virallisen toimintasuunnitelman. Sisäiseen käyttöön tarkoitettuja lyhyitä suunnittelupapereita oli tehty edellä mainittujen lisäksi viidessä tapauksessa. Laaditut toimintasuunnitelmat olivat varsin vaihtelevia niin laadullisesti kuin kattavuudeltaan. Kouluterveydenhuollon oppaassa esitetyn toimintasuunnitelmapohjan mukainen suunnitelma oli laadittu kolmessa tapauksessa. Näistäkin yhdessä suunnitelmaa ei ole enää pidetty ajan tasalla. Laajimmat toimintasuunnitelmat olivat hieman yli kymmensivuisia. Suurin osa suunnitelmista oli suppeita, 1 – 3 sivun epävirallisia suunnittelupapereita, jotka oli laadittu lähinnä hoitotyön suunnittelun tueksi. Muutamassa terveyskeskuksessa laatusuosituksen perusteella oli tehty erilaisia yksinkertaisia vertailuasetelmia ja taulukointeja, joiden avulla palveluiden nykytasoa verrattiin suosituksen tavoitteisiin. Joissakin tapauksissa tehdyistä suunnitelmista puuttuivat päiväykset ja allekirjoitukset. Toimintasuunnitelmia ei ollut viety yhdessäkään kunnassa virallisesti sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksyttäväksi. Kolmessa tapauksessa toimintasuunnitelmat olivat menneet lautakunnalle tiedoksi.

³³ Kivimäki ym. 2006

³⁴ sama

Neljässä terveystakeskuksessa suosituksen liittyvät toimintasuunnitelmat eivät olleet haastateltavien mukaan vielä valmistuneet. Kahdessa suuressa kaupungissa oli esimerkiksi perustettu erillinen työryhmä suosituksen soveltamiseksi, mutta näiden työ oli vielä kesken. Toisessa näistä työn kerrottiin olevan pysähdyksissä lääkärin kiireiden vuoksi. Kaikkiaan kolmessa terveystakeskuksessa oli kouluterveydenhuollon suunnitelman laatiminen keskeytynyt organisaatiouudistuksen tai tehtävien kasaantumisen vuoksi.

Haastatellut viranhaltijat viittasivat usein siihen, että kouluterveydenhuollosta ei ole tehty omia suunnitelmia, koska suunnittelu-työ tehdään laajemmalla palvelu- ja toimintayksikkötasolla. Pienemmissä kunnissa laajemmat suunnitelmat liittyivät yleensä koko terveystakeskusten toiminnan suunnitteluun. Terveystakeskusten tai erillisten toimintayksikköjen suunnitelmissa ei ollut kuitenkaan merkittäviä viittauksia erikseen kouluterveydenhuollosta. Useissa terveystakeskuksissa tai kunnissa käytössä olleissa tulokorttimallissa suunnittelussa oli yleensä yksi tai kaksi kouluterveydenhuoltoon liittyvää seurantakriteeriä. Nämäkin olivat yleensä varsin yleisiä asioita, kuten käyntien ja tarkastusten lukumääriä. Terveystakeskusten kokonaisuuteen liittyvissä kirjallisissa suunnitelmissa oli kouluterveydenhuolto mainittu yleensä lyhyesti tai ei ollenkaan. Erään kunnan terveystakeskusten strategia-asiakirjassa oli mainittu muutamia kouluterveydenhuollon kehittämisen ydinkohtia. Myös erilaisissa kehittämishankkeissa oli joidenkin kuntien osalta viittauksia tai yhtymäkohtia kouluterveydenhuollon palveluihin.

Raportointiin liittyvät käytännöt

Toiminta- ja vuosikertomuksien laadinta kouluterveydenhuollon palveluista oli vielä harvinaisempaa kuin suunnitelmien laatiminen. Vain kahdessa tarkasteltavassa terveystakeskuksessa oli laadittu erillinen kertomus kouluterveydenhuollon palveluiden toteutumisesta. Nämäkin olivat sisällöllisesti varsin kaukana suosituksen tavoitteista, sillä raportoinnit olivat lähinnä hoitajien ilmoittamien toimintatietojen ja raporttien yhteenvetoja. Yleisemmin toimintakertomukset oli tehty terveystakeskusten tai erillisten toimintayksikköjen tasolla, jolloin kouluterveydenhuollon palveluiden tilannetta seurattiin korkeintaan muutaman yksittäisen mittarin kautta. Kolmen terveystakeskusten osalta raportoinnin osana seurattiin vähintään viiden kouluterveydenhuoltoon liittyvän kriteerin tai tavoitetason toteutumista.

Edellisten kriteerien seuraaminen ei siis liittynyt varsinaisesti suosituksen noudattamiseen, vaan toimialueen yleiseen seurantaan. Erillisen kouluterveydenhuollon palveluita koskevan toimintakertomuksen laadinta koettiin haastateltavien keskuudessa periaatteessa kannatettavana asiana, mutta siihen ei katsottu riittävän aikaa ja toisaalta tietojen keräämisestä koitua hyöty koettiin vähäiseksi. Haastateltujen mukaan raporteilla ei kuitenkaan tehtäisi mitään, jolloin niiden vaikuttavuus jäisi heikoksi.

Stakesin kaikista terveyskeskuksista keräämien tietojen perusteella vuoden 2005 alussa kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman oli tehnyt vajaa 70 prosenttia ja toimintakertomuksen noin 40 prosenttia kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista. Vuoden 2005 syksyllä suoritetun kyselyn tuloksien perusteella kouluterveydenhuollon suunnitelma oli uudistettu ja hyväksytty suosituksen ilmestymisen jälkeen 35 prosentissa vastanneista terveyskeskuksista. Molemmat asiakirjat eli laatusuosituksen jälkeen uudistetun suunnitelman ja vuosittaisen kertomuksen oli tehnyt vain joka kolmas terveyskeskus. Joka neljännessä terveyskeskuksessa ei ole vastaavasti tehty minkäänlaista suunnitelmaa tai kertomusta.

Valtakunnallisia tuloksia tarkastellessa pitää huomioida, että kyselyissä suunnitelmiksi voidaan ilmoittaa monenlaisia papereita. Stakesin tuloksissa kiinnitettiin huomiota suunnitelmien ja kertomusten pituuden ja sisällön vaihteluun. Suunnitelmissa oli yleensä 1 - 2 sivua. Ainoastaan harvat suunnitelmat oli tehty kouluterveydenhuollon oppaan mukaisten sisältövaatimusten mukaisesti. Useimmiten oppaan antamia teemoja käsiteltiin suppeasti ja yleisellä tasolla.³⁵

Terveyskeskuksissa ja kunnissa tapahtuvan suunnittelun puutteita kuvaa myös saadun valtakunnallisen tutkimustiedon epäluotettavuus. Tutkimustulosten raportoinnissa todetaankin, että terveyskeskusten johdolle suunnatut kyselyt saattavat antaa osittain vääristyneen kuvan kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudesta. Tutkijat perustavat oletuksensa siihen, että useat kevään 2005 kyselyyn vastanneista, joita pyydettiin lähettämään vuosittaiset suunnitelmat ja kertomukset tutkijaryhmälle vastasivat, ettei heillä olekaan kyseisiä asiakirjoja, vaikka he aiemmin olivat ilmoittaneet tehneensä tai uudistaneensa ko. asiakirjat.

³⁵ Kivimäki ym. 2006

Tarkastukseen liittyvän tiedonhankinnan sekä koko maata koskevien tutkimustulosten perusteella kouluterveydenhuollon palvelujen suunnitelmallisuus näyttäytyy suhteellisen heikkona. Suunnitelmien ja kertomusten vähäinen määrä ja niiden sisällöllinen niukkuus osoittavat sen, että kouluterveydenhuollon palveluiden kokonaisvaltainen johtaminen on jäänyt terveyskeskuksissa ja kunnissa suhteellisen vähälle huomiolle. Osittain suunnittelukäytäntöjen puutteet johtuvat organisaatioiden muutoksista sekä vastuuhenkilöiden vaihtumisista.

3.3 KOULUTERVEYDENHUOLLON SUOSITUS PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa on kahdeksan pääkohtaa ja kussakin pääkohdassa suositukset ilmaistaan neljästä eri näkökulmasta (koululaisen ja perheen, kouluyhteisön, ammattihenkilöiden sekä hallinnon ja päätöksenteon näkökulma). Jokaiseen näkökulmaan liittyy vaihteleva määrä tekstiä, joissa suositeltavat asiat on ilmaistu. Mikäli kouluterveydenhuollon laatusuositukseen liittyvien suositusten lukumäärää mitataan toiminnallisia tavoitteita ilmaisevien tekstikappaleiden lukumäärän kautta, niin suositeltavia asioita on yhteensä 114. Kyseinen luku on kuitenkin vain suuntaa-antava, sillä yhdessä tekstikappaleessa voi olla ilmaistuna useampikin toiminnallinen tavoite tai sama tavoite voi olla ilmaistu useassa kappaleessa.

Seuraavaksi tarkastellaan suositukseen liittyvien tavoitteiden toteutumista tarkastelukuntien terveyskeskuksissa.

3.3.1 Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja palveluiden tavoitettavuus

Ensimmäisen suosituksen mukaan kouluterveydenhuollon tulisi olla koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevaa suunnitelmallista palvelua, jota seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Kouluterveydenhuollon palveluiden suunnitteluun liittyviä käytäntöjä kuvattiin kattavasti edellisessä luvussa.

Kokonaisuudessaan laatusuositus ei ole aikaansaanut tarkastelukunnissa suosituksen mukaisia ja vakiintuneita kouluterveydenhuol-

lon palveluiden suunnittelukäytäntöjä. Vain kahdessa terveyskeskuksessa on tehty kouluterveydenhuollon palveluihin liittyviä täsmällisiä suunnitelmia, joita on myös ylläpidetty ja päivitetty. Nämkään suunnitelmat eivät sisällä kaikkia suosituksessa mainittuja vaatimuksia sisällön ja käsittelyn suhteen. Muissa terveyskeskuksissa suunnitelmat olivat lähinnä viranhaltijoiden omaan käyttöön laatimia epävirallisia ja lyhyitä papereita tai sitten kirjallisia suunnitelmia ei ollut tehty ollenkaan. Useissa tapauksissa viitattiin siihen, että suunnittelu tapahtuu laajemmalla tasolla. Näin olikin, mutta samalla laajemmissa suunnitelmissa maininnat kouluterveydenhuollon palveluiden toiminnoista ja tavoitteista jäivät yleiselle tasolle tai sitten kouluterveydenhuoltoa ei ole mainittu suunnittelussa ollenkaan.

Palvelujen seurannan, arvioinnin ja raportoinnin suhteen tilanne terveyskeskuksissa oli vielä suunnitteluakin heikompi. Kahdessa terveyskeskuksessa toimintaa seurattiin kouluterveydenhuollon oman kertomuksen kautta, muissa tapauksissa toimintaa seurattiin osana avoterveydenhuollon tai vastaavan toimialueen toimintaa. Hieman yli puolet terveyskeskuksista seurasi kouluterveydenhuollon palvelujen toteutumista lähinnä käyntimäärien perusteella. Osassa terveyskeskuksia oli tämän lisäksi käytössä erilaisia laadunhallintatyökaluja, joiden avulla pyrittiin seuraamaan joidenkin ennalta määriteltyjen toiminnallisten tavoitteiden toteutumista.

Kouluterveydenhoitajan työtä oli useissa tapauksissa ohjeistettu erilaisilla toimintamalliohjeilla. Kokonaisuudessaan terveyskeskusten kouluterveydenhuollon palvelujen suunnittelu vaikutti hajanaiselta ja keskeneräiseltä, mikäli tavoitetilana pidetään laatusuosituksen kirjattuja suunnitteluun liittyviä tavoitetta. Myös koko maata koskevien kysely- ja tutkimustietojen tulokset ovat linjassa edellä kuvattujen havaintojen kanssa³⁶.

Ensimmäisessä suosituksessa mainitaan suunnitelmallisuuden lisäksi myös se, että kouluterveydenhuollon tulisi olla koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevaa palvelua. Palveluiden saatavuus arvioitiin tarkastelukunnissa suhteellisen hyväksi. Etenkin kouluterveydenhoitajiin sanottiin saatavan yhteys puhelimella saman päivän aikana. Fyysisesti kouluterveydenhoitajan luokse ei ole aina mahdollista päästä yhteydenottopäivänä, koska vain isoissa kouluissa on

³⁶ *Stakes 2005, Stakes 2006a ja Stakes 2006b*

kokopäivätoimisia kouluterveydenhoitajia. Lääkärien saatavuus oli luonnollisesti heikompaa kuin terveydenhoitajan, mutta yleensä lääkäri on hoitajan konsultoitavissa puhelimitse lyhyellä varoitusaajalla. Käytännössä lääkäreiden vastaanotto oli useimmissa kunnissa järjestetty osana terveyskeskuksen normaalia vastaanottotyötä.

Vaikka kuntien viranhaltijoiden haastatteluissa palveluiden saatavuutta pidettiin kohtuullisen hyvänä, niin Stakesin toteuttaman kouluterveyskyselyn viimeisimpien tuloksien mukaan Etelä-Suomen läänissä koululääkäriin vastaanotolle pääsyä piti vaikeana peruskoulun yläluokkien oppilaista 43 prosenttia ja lukion oppilaisista 47 prosenttia. Kyselyn aineisto on kerätty huhtikuussa 2006. Saman kyselyn mukaan tyytymättömyys kouluterveydenhuoltoon on alkanut lisääntyä niin ylä- kuin alaluokkalaisten keskuudessa. Vuonna 2006 tyytymättömiä oli Etelä-Suomen läänissä 21 – 22 prosenttia.³⁷

3.3.2 Kouluterveydenhuolto osana oppilashuollon kokonaisuutta

Toisen suosituksen mukaan kouluterveydenhuolto tulisi toteuttaa olennaisena osana oppilashuoltoa. Kouluterveydenhoitajat osallistuvat kaikissa tarkastelukunnissa oppilashuoltoryhmien kokouksiin useimmiten vakiojäsenenä tai ainakin mahdollisuksiensa mukaan. Lääkärit eivät juuri osallistu oppilashuollon kokouksiin. Haastatteluissa ilmeni, että suurin osa kouluterveydenhoitajista koki oppilashuollon olevan koulukohtaista toimintaa, jonka käytännöt määrittelevät pitkälti rehtorit. Hallinnonalojen välisen vuoropuhelun kuvattiin olevan vähäistä ja oppilashuoltoryhmien käytännöissä kuvattiin olevan vaihtelua eri koulujen välillä. Joissain tapauksissa oppilashuoltoryhmän toiminta on ollut hajanaista ja aivan pienimmissä kouluissa oppilashuoltoryhmiä ei ole välttämättä edes perustettu. Vain kolmessa tapauksessa oppilashuollon käytännöt on määritelty tarkemmin koko kunnan tasolla ja näissä tapauksissa on käyty myös eri hallintokuntien välistä vuoropuhelua. Yhdessä kaupungissa on oppilashuollon järjestäminen liitetty osaksi terveyspalveluiden alaisuudessa toimivaa lasten ja nuorten palvelualueita.

³⁷ Luopa ym. 2006

Kuten edeltä ilmenee, niin kouluterveydenhuollon ja opetustoimen yhteistyö ja vuoropuhelu oppilashuollon järjestämisessä on useimmissa tarkastelukunnissa jäänyt suhteellisen vähäiseksi hallinnollisella tasolla. Tältä osin perusopetuslain 15 § ei toteudu kaikissa tarkastelukunnissa sen suhteen, että kunnan opetussuunnitelmissa oppilashuollon osuus laadittaisiin yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä hoitavien viranomaisten kanssa. Lääninhallitusten toteuttamien peruspalveluiden arviointien havainnot ovat jossain määrin vastakkaisia tämän tarkastuksen havaintoihin verrattuna. Etelä-Suomen lääninhallituksen yhteenvetojulkaisun tietojen mukaan oppilashuollon suunnitteluun liittyvää yhteistyötä on tehty jo vuonna 2004 noin 90 prosentissa kuntia³⁸. Toisaalta lääninhallituksen arviossa tuodaan esille myös oppilashuollon suunnitelmallisuuden ja käytäntöjen eroavaisuudet koulujen välillä. Julkaisun mukaan kuntien oppilashuollon kokonaisuuden oletetaan jämäköityvän ja yhdenmukaistuvan vasta siinä vaiheessa, kun opetussuunnitelmien oppilashuolto-osuudet valmistuvat kaikissa kunnissa. Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamista on käsitelty sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä, joka jätti esityksensä lainsäädännön uudistamiseksi kesäkuussa 2006³⁹.

3.3.3 Kouluterveydenhuollon palveluista tiedottaminen

Kolmannen suosituksen mukaan kouluterveydenhuollon palveluista tulisi tiedottaa säännöllisesti koululaisille ja huoltajille sekä kouluille. Tiedottamisen suhteen kuntien ja kuntayhtymien käytännöt olivat suhteellisen lähellä suosituksessa mainittuja tavoitteita. Kouluterveydenhuollon ammattilaiset tiedottavat palveluista eri menetelmillä koululaisille ja heidän huoltajilleen sekä myös kouluille. Tyypillisimpiä tiedottamisen välineitä olivat koulujen sekä kouluterveydenhoitajien laatimat tiedotteet lasten vanhemmille. Lisäksi kouluterveydenhoitajat pyrkivät esittäytymään uusille oppilaille. Myös kunnan www-sivuilla on useissa tapauksissa kerrottu kouluterveydenhuollon toiminnasta ja annettu tarkemmat yhteystiedot. Vanhempainiltoihin kouluterveydenhoitajat ovat osallistuneet vaihtelevasti. Vanhempainiltojen sisältöön kouluterveydenhoitajat ovat

³⁸ *Etelä-Suomen lääninhallitus 2005*

³⁹ *STM 2006b*

päässeet vaikuttamaan vain harvoin. Vain kahdessa kunnassa oli tiedottamisen käytäntöjä mietitty erikseen ja ne oli kirjattu osaksi toiminnan suunnittelua.

Systemaattinen tiedottaminen päätöksentekijöiden suuntaan oli kaikissa tarkastelukunnissa vähäistä tai sitä ei ole tehty ollenkaan. Tältä osin suositukseen kirjatut tavoitteet jäivät selvästi toteutumatta. Esimerkiksi sosiaali- ja terveyslautakunnalle kouluterveydenhuollosta tiedotetaan vain silloin, kun palveluissa on tapahtumassa merkittäviä muutoksia. Päätöksentekijöille menevä tieto on siis varsin vähäistä, kun huomioidaan vielä se, etteivät kouluterveydenhuollon palvelu- ja resurssitarpeet ilmene päätöksentekijöille toimintaa koskevan suunnittelu- tai raportointitiedonkaan kautta.

3.3.4 Kouluterveydenhuollon henkilöstö

Neljännän suosituksen mukaan toimiva kouluterveydenhuolto edellyttää riittävää, pätevää ja pysyvää henkilöstöä. Kouluterveydenhuollon henkilöstön määrää on käsitelty kouluterveydenhuollon toimintaedellytyksien käsittelyn yhteydessä luvussa 3.2. Henkilöstön määrään liittyvät tavoitteet eivät ole toteutuneet täysin yhdessäkään tarkasteltavassa terveyskeskuksessa. Joissakin tapauksissa puutteisiin on jo reagoitu, mutta yleensä muutoksiin on ryhdytty vasta asian tullessa negatiiviseen julkisuuteen tai valvovien viranomaisten puuttumisen vuoksi. Myös valtakunnalliset tutkimustulokset tukevat tämän tarkastuksen havaintoja, jonka mukaan kouluterveydenhuollon resursointi ei täytä suosituksen tavoitteiden mukaisia mitoituksia. Kokonaisuutta tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että kuntien väliset erot henkilöstömitoituksen suhteen vaihtelevat huomattavasti.

Kouluterveydenhuoltoon osoitettujen henkilöstöresurssien tarkka selvittäminen terveyskeskuksista oli hankalaa. Etenkin lääkäri työn jakautuminen kouluterveydenhuoltoon oli monen terveyskeskuksen osalta selvittämättä. Hoitajien suhteen tilanne oli parempi. Viisi terveyskeskusta ilmoitti kouluterveydenhoitajien resurssien olevan suosituksessa ilmaistujen määrällisten tavoitteiden mukaisia tai lähellä niitä. Kahden terveyskeskuksen osalta resurssien kuvattiin olevan lähellä tavoitteita, mutta tarkkoja lukuja ei voitu ilmaista, koska hoitajien työn kuvattiin jakaantuvan eri tehtäväalueille. Neljän tapauksen osalta hoitajaresurssit jäivät huomattavan kauas suosituksen tavoitteista, ja näistä kahden osalta oppilasmäärät olivat

hoitajaa kohden yli kaksikertaisia suosituksen tavoitteisiin verrattuna. Heikoimmin resursoiduissa terveyskeskuksissa oltiin tilanteesta tietoisia, mutta keinoja tilanteen korjaamiseksi ei kerrottu olevan. Erään nuukasti resursoidun terveyskeskuksen johtava lääkäri totesi suosituksen määrällisten tavoitteiden olevan luotuja suurten kaupunkien näkökulmasta, jolloin pienellä kunnalla ei ole minkäänlaisia edellytyksiä toteuttaa niitä. Kyseisen kunnan hoitohenkilökunnalla oli eri näkemys asiasta. Eräessä terveyskeskuksessa vähäiset voimavarat ja niihin liittyvät lisäystarpeet olivat johtaneet ristiriitoihin kouluterveydenhuollosta vastaavan viranhaltijan ja kunnan keskushallinnon välille.

Henkilöstön osaamisen todettiin olevan hyvällä tasolla, mutta toisaalta huolta kannettiin osaavan työvoiman saatavuudesta nykyisten hoitajien siirtyessä eläkkeelle. Kaikkien tarkasteltavien terveyskeskusten kouluterveydenhuollon henkilöstöllä oli mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen vähintään asiasta annetun asetuksen⁴⁰ mukaisesti. Kouluterveydenhuoltoon liittyvää täydennyskoulutusta todettiin olevan tarjolla kuitenkin nuukasti niin hoitajien kuin lääkäreidenkin taholta. Samoin täydennyskoulutukseen liittyvää asetusta pidettiin turhan yleisluonteisena. Useimmissa tapauksissa kouluterveydenhoitajien osaamista ja sitoutumista työhönsä pidettiin erittäin hyvänä. Lääkärityön osalta ongelmaksi nousi suuri vaihtuvuus ja sijaisten hankala saatavuus. Lisäksi hoitotyöstä vastaavien viranhaltijoiden näkökulmasta osa lääkäreistä ei ole motivoitunut tekemään kouluterveydenhuoltoon liittyviä tehtäviä. Toisaalta useimmissa terveyskeskuksissa toimii myös asiasta innostuneita lääkäreitä, jotka toimivat hyvänä tukena terveydenhoitajille.

Haastateltujen viranhaltijoiden mukaan lääkärityön saatavuusongelmat johtuvat ensisijaisesti terveyskeskuksen vastaanottotyön kiireellisyydestä. Toisaalta lääkärityön heikon saatavuuden arveltiin johtuvan osittain myös terveyskeskuksen vastaanottotyöhön liittyvistä taloudellisista kannustimista, jotka puuttuvat kouluterveydenhuollon ja yleisemminkin ehkäisevän terveydenhoidon puolelta. Hoitotyöstä vastaavien työntekijöiden näkökulmasta myös lääkärei-

⁴⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003); Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus (STM 2004b)*

den asenteissa ehkäisevän työn suuntaan arveltiin olevan jonkin verran parantamisen varaa.

Kouluterveydenhuollon resursseista puhuttaessa esille nostettiin koulukuraattorien ja –psykologien työpanos. Useimmissa kunnissa nämä virat liittyvät sivistystoimen puolelle ja siten näihin on hankala vaikuttaa terveydenhuollon puolelta. Käytännössä kuraattorin ja psykologien työ tukee huomattavasti kouluterveydenhoitajien työtä. Oppilashuollon resursseja tulisikin arvioida aina kokonaisuutena, mutta tällainen toimintatapa oli toteutunut hyvin vain yhdessä tarkastelukunnassa.

3.3.5 Kouluterveydenhuollon toimitilat ja välineet

Viidennen suosituksen mukaan kouluterveydenhuollon käytössä tulisi olla asianmukaiset toimitilat ja välineet. Näiden osalta tilanne kaikissa tarkastelukunnassa on vähintään kohtuullinen. Noin puolet kouluterveydenhuollon käytännön työntekijöistä ilmoitti tilojen olevan hyviä. Suurimmat toimintaan liittyvät puutteet ilmenivät pienissä ja vanhoissa kouluissa. Viranhaltijoiden näkökulmasta tilat ovat parantuneet huomattavasti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Uusien koulujen osalta opetustoimi on useimmiten huomionnut kouluterveydenhuollon toimijoiden toiveet tilojen suunnitteluvaiheessa. Myös saneerauksien yhteydessä on tiloja pyritty parantamaan yhteistyössä. Vain yhden tarkastelukunnan osalta mainittiin useampien koulujen olevan vanhoja ja saneeraamattomia. Yksittäisiä ongelma-kohtia oli useissa kunnissa, mutta ne eivät olleet toiminnan kannalta merkittäviä. Täydellisesti suositukset eivät kuitenkaan täyttyneet esimerkiksi sen suhteen, että lääkäriellä ja hoitajalla olisi molemmilla oma työtila koululla. Tällaisia tiloja oli vain harvoin.

Myös välineiden osalta tilanne oli lähes kaikissa kunnissa kohtuullisen hyvä. Terveystarkastuksiin liittyvät välineet olivat pääosin yksinkertaisia ja niissä ei koettu olevan merkittäviä puutteita. Välineisiin liittyvät ongelmat koskivat lähinnä tietoverkkoihin pääsemistä, kannettavien tietokoneiden puutetta sekä terveystietojärjestelmien toimivuutta. Joka kolmannessa tarkasteltavassa terveyskeskuksessa ongelmana pidettiin terveystietojärjestelmien toimimattomuutta. Joissakin tapauksissa koululaisten terveysseurantaan liittyviä tietoja oli yritetty tallentaa tietojärjestelmiin, mutta niiden heikko toimivuus on hankaloittanut tietojen tallennusta ja etenkin niiden tehokasta hyväksikäyttöä.

3.3.6 Kouluyhteisön ja -ympäristön turvallisuus ja terveellisyys

Kuudennen suosituksen mukaan jokaisella koululaisella tulisi olla terveellinen sekä turvallinen kouluyhteisö ja -ympäristö. Tähän suositukseen liittyvänä merkittävimpänä hallinnollisena tavoitteena voidaan pitää määräajoin suoritettavia koulun työolojen tarkastuksia. Suosituksen mukaan koulujen tarkastukset tulisi suorittaa joka kolmas vuosi yhteistyössä koulun, kouluterveydenhuollon, terveystarkastajan, työsuojelutarkastajan, kunnan teknisen toimen ja työterveyshuollon kanssa. Lisäksi tarkastuksessa tulisi hyödyntää Suomen Kuntaliiton kouluterveydenhuollon terveys ja turvallisuus – lomakkeita sekä työterveyshuollon työpaikkaselvityskäytäntöjä.

Täysin suosituksen mukaisia tarkastuksia ei ole tehty yhdessäkään tarkastelukunnassa, mutta kolmessa kunnassa on tehty kolmen vuoden välein tiloihin kohdistuvia tarkastuksia, joiden ensisijainen vetovastuu on ollut kunnan ympäristöterveydenhuollolla tai työterveyshuollolla. Näiden lisäksi viidessä kunnassa on tehty jonkinlaisia tiloihin tai työoloihin kohdistuvia tarkastuksia. Näiden toteutuksessa on ollut huomattavaa vaihtelua. Joissakin kunnissa toiminta on toteutunut vain joidenkin koulujen osalta ja toisissa taas tarkastukset ovat olleet epäsäännöllisiä terveystarkastajien käyntejä. Lähes kaikille tarkastelukuntien viranhaltijoille oli hieman epäselvää, kenelle tällaiset tarkastukset oikeastaan kuuluisivat. Asian ei nähty kuuluvan kouluterveydenhoidon vastualueella, vaan pikemminkin rehtoreiden tehtäväksi. Luonnollisesti kouluterveydenhoitajat pyrkivät katsomaan kouluissa esiintyviä vaaranpaikkoja normaalin työnsä ja kulkemisensa puitteissa. Homekouluista mainittiin useissa tarkastelukunnissa ja niiden osalta on tehty korjaavia toimenpiteitä mahdollisuuksien mukaan. Kouluruokailuun on pyritty vaikuttamaan vain yksittäisissä tapauksissa.

3.3.7 Koululaisten hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta

Seitsemännen suosituksen mukaan koululaisen hyvinvointia ja terveyttä tulisi seurata yksilöllisten terveystarkastusten ja suunnitelmien avulla sekä koko luokan hyvinvointia arvioimalla. Suositukseen on kirjattu, että jokaisella koululaisella tulee olla mahdollisuus

vähintään kolmeen laajaan kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin toteuttamaan terveystarkastukseen peruskoulun aikana. Lisäksi kaikille koululaisille tulee laatia henkilökohtainen hyvinvointi- ja terveysuunnitelma, jonka perusteella yksittäisten koululaisten hoidon ja seurannan tarvetta pystytään suunnittelemaan tarkemmin. Edelleen suosituksen mukaan terveydenhoitajan tai lääkärin tulee kohdata koululainen vähintään kerran kouluvuoden aikana.

Edellä mainitut vuosittaiset terveystapaamiset sekä kolme laajaa lääkärin suorittamaa terveystarkastusta eivät toteutuneet täydellisesti yhdessäkään tarkastellussa terveyskeskuksessa. Kahdessa terveyskeskuksessa toteutui kolme laajaa lääkärin suorittamaa tarkastusta, mutta jokavuotiset tapaamiset hoitajien kanssa jäivät toteutumatta. Useimmissa tapauksissa tilanne oli toisin päin eli hoitajat tarkastivat koululaisia vuosittain, mutta lääkärintarkastuksia on ollut vain kerran tai kaksi peruskoulun aikana. Kaikissa tarkastelun kohteena olevissa terveyskeskuksissa terveystarkastusten ajoittuminen ja sisällöt oli suunniteltu ja kirjattu runko-ohjelmaan, mutta ainakin kahdeksan terveyskeskuksen osalta tavoitteisiin ei päästy lääkäreiden heikon saatavuuden vuoksi. Osa terveyskeskuksista kärsi lääkäripulasta ja osalla oli vaikeuksia saada lääkäriä käyttöönsä terveyskeskusvastaanotoilta. Kolmessa kunnassa laaja-alainen lääkärin suorittama tarkastus tehdään vain kerran peruskoulun aikana. Tarkastuksessa ei ilmennyt yhtään terveyskeskusta, jossa lääkärintarkastuksia ei tehtäisi ollenkaan, mutta muutama vuosi aiemmin tällainen tilanne oli ollut kahdessa tarkastelukunnassa. Terveystarkastusten sisältöä ja siinä esiintyviä eroja ei tämän tarkastuksen yhteydessä lähdetty erittelemään. Vanhempien mukanaolo oli huomioitu kaikkien terveyskeskusten tarkastussuunnitelmissa.

Suosituksessa mainittua kaikille koululaisille tehtävää hyvinvointi- ja terveysuunnitelmaa ei ole lähdetty soveltamaan systemaattisesti yhdessäkään terveyskeskuksessa. Tavallisimmin suunnitelmia on tehty erityisseurantaa vaativien koululaisten kohdalla. Merkittävimpänä seurantaan liittyvänä ongelmana pidettiin terveyskertomusjärjestelmien jäykkyyttä ja toimimattomuutta työn tukena. Koko luokan hyvinvointia ei ole arvioitu järjestelmällisesti yhdessäkään terveyskeskuksessa. Kouluterveydenhoitajat olivat kuitenkin jossain määrin keskustelleet terveystarkastusten yhteydessä luokkien tilanteesta opettajien kanssa.

Stakesin huhti-toukokuussa 2006 tekemän koko maan kattavan kyselyn mukaan lasten terveystarkastusten tietoja hyödynnetään

heikosti kunnissa. Vain kymmenesosa terveystieteistä ilmoitti kokoavansa käyntimäärien ja rokotusten lisäksi muita seurantatietoja ja lasten terveydestä ja hyvinvoinnista.⁴¹ Näin ollen vain harvat kunnat ovat hyödyntäneet terveystarkastusten kautta saatavia lasten hyvinvointitietoja koko ikäryhmän terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa. Tietojen keräämisen ongelmat liittyvät osittain yllä mainittuihin tietojärjestelmien hyödynnettävyysoongelmiin.

3.3.8 Koululaisten terveystiedon vahvistaminen ja terveyden edistäminen

Kahdeksannen suosituksen mukaan kuntien tulee vahvistaa koululaisten terveystietoa sekä edistää heidän terveyttään. Viimeisen suosituksen osalta kouluterveydenhuollosta vastaavat viranhaltijat viittasivat lähinnä yhteistyöhön terveystiedon oppiaineen opetuksen suunnittelussa ja myös sen antamisessa. Pääsääntöisesti tällaista yhteistyötä on ollut kuitenkin suhteellisen vähän, koska terveystiedon opetus on opetussuunnitelman mukaista toimintaa ja kuuluu siten opettajille. Joka kolmannessa terveystieteiden oppiaineen opetuksen suunnitteluun ja myös itse opetukseen on ollut kiinnostusta. Tässä asiassa korostettiin myös koulujen suuria eroja. Koululaisten terveystietämistä on seurattu lähinnä kouluterveyskyselyiden kautta. Kyselyn tulosten hyödyntämisessä on käytetty vaihtoehtoisia tapoja, esimerkiksi joissain kunnissa ovat kouluterveydenhoitajat käyneet esittelemässä tuloksia vanhempainilloissa.

3.3.9 Yhteenveto suosituksen tavoitteiden toteutumisesta kunnissa ja kuntayhtymissä

Terveystieteisiin ei ole muodostunut suosituksen ensimmäisen tavoitteen mukaisia toiminnan suunnittelukäytäntöjä. Tehdyt suunnitelmat ovat olleet pääsääntöisesti lyhyitä ja sisällöltään yleisiä. Suunnitelmia on vain harvoin tehty kirjallisesti. Toimintaa ei myöskään seurattu ja arvioitu suosituksessa toivotulla tavalla. Tältä osin käytännöt ovat olleet suunnitteluakin heikompia. Sinänsä palvelut ovat kohtuullisen hyvin koululaisten ja perheiden saatavilla.

⁴¹ *Stakes 2006c*

Laatusuosituksen toinen tavoite kouluterveydenhuollon kiinnittymisestä osaksi oppilashuoltoa on niin ikään toteutunut heikosti. Tarkastelukunnissa oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon hallinnollinen yhteistyö on ollut vähäistä toimintojen suunnittelussa ja yhteisen näkemyksen luomisessa. Käytännössä kouluterveydenhoitajat ovat kuitenkin osallistuneet oppilashuollon kokouksiin jos sellaisia on järjestetty. Vain yhdessä tarkastelukunnassa kouluterveydenhuollon voidaan katsoa olevan kiinteä osa oppilashuollon kokonaisuutta.

Kolmannen suosituksen eli palveluista tiedottamisen suhteen tarkastelukunnissa oltiin suhteellisen lähellä suosituksen tavoitteita. Tosin päätöksentekijöiden suuntaan tiedottaminen on ollut lähes olematonta, joten tältä osin tavoite ei toteudu.

Neljännän suosituksen eli henkilöstön riittävyyden osalta tilanne vaihtelee terveyskeskusten välillä. Lääkäriresurssien suhteen esiintyi puutteita kaikkien kuntien osalta, kun taas hoitajaresurssit olivat lähellä suosituksia noin puolessa kunnista. Joissakin tapauksissa henkilöstöresurssit jäivät kuitenkin huomattavasti alle vähimmäismitoitusten. Henkilöstön täydennyskoulutuksen osalta suosituksen tavoitteet toteutuvat suhteellisen hyvin.

Viidennen suosituksen eli asianmukaisten toimitilojen ja -välineiden osalta tilanne tarkastelukunnissa on kohtuullisen hyvä, vaikka kaikkia suositukseen kirjattuja yksityiskohtia ei ole kyetty noudattamaan. Joka kolmannessa tarkastelukunnassa pidettiin sähköisten terveystietojärjestelmien toimivuutta heikkona. Niiden ei koettu tukevan seurantatietojen tallentamista ja hyväksikäyttöä.

Koulujen työolojen määräaikaistarkastuksia ei ole tehty suosituksen mukaisina yhdessäkään kunnassa. Kouluterveydenhoitajat ovat itsenäisesti pyrkineet vaikuttamaan koulujen terveydellisiin oloihin omien mahdollisuuksiensa mukaan.

Seitsemännen suositukseen merkittävimpänä tavoitteena olevat oppilaiden määräaikaiset terveystarkastukset eivät toteudu täysin suosituksen mukaisina yhdessäkään tarkasteltavassa terveyskeskuksessa. Koululaisten terveyttä seurataan tosin kaikissa terveyskeskuksissa jonkinlaisella suunnitelmallisella tarkastusohjelmalla. Lääkäreiden heikko saatavuus vaikeuttaa usein tarkastusten toteuttamista. Kaikille koululaisille tarkoitettuja hyvinvointi- ja terveystieteitä ei ole laadittu yhdessäkään terveyskeskuksessa ja myös oppilaiden terveydentilan seuraamisessa on toivomisen varaa.

Kahdeksas suositus liittyy koululaisten terveystiedon vahvistamiseen ja terveyden edistämiseen. Näiden tavoitteiden osalta ei tarkastelukunnissa ole tehty juurikaan erityistoimia, vaan terveydenhoitajat ovat osallistuneet terveystieteiden kasvatukseen kuten ennenkin. Toiminta vaihtelee huomattavasti eri kuntien välillä ja myös saman kunnan sisällä eri koulujen välillä.

Laatusuosituksen tavoitteiden soveltamisessa kiinnitettiin useissa terveyskeskuksissa huomiota siihen, että suositukset vaativat usein kunnan eri tehtäväalueiden ja hallintokuntien rajat ylittävää yhteistyötä. Tältä osin suosituksen soveltaminen koettiin erityisen haastavaksi. Selkeimpänä esimerkkinä hallintokunnat ylittävistä suosituksen osasta oli koulun tiloja koskevat määräaikaistarkastukset. Kouluterveydenhuollon vastuuhenkilöt eivät kokeneet voivansa vaatia esimerkiksi terveydensuojelun tai teknisen toimen viranhaltijoilta työpanosta koulujen tarkastuksiin. Pelkkä yhteistyöhenki ei välttämättä riitä hallinnonalat ylittävän toiminnan kannustimeksi, sillä kukin tehtäväalue joutuu pärjäämään niukoilla resursseilla tehtäviinsä nähden. Eräs johtava hoitaja totesi, että laatusuositukset tulisi osoittaa nykyistä selkeämmin koko kunnalle ja sen keskushallinnolle, ei tietyille tehtäväalueelle.

3.4 KOULUTERVEYDENHUOLLON SUOSITUS SEURANNASSA JA ARVIOINNISSA

Laatusuosituksen loppuun on kirjattu kouluterveydenhuollon seurantaan ja arviointiin liittyviä toimenpide-ehdotuksia. Suosituksen mukaan seurannan ja arvioinnin tulisi perustua toimintasuunnitelmissa ilmaistuihin toiminnan kehittämisen painopistealueisiin ja niiden toteutumisen seuraamiseen. Suosituksessa viitataan myös siihen, että myöhemmin seuranta olisi tarkoituksenmukaista toteuttaa sopivien indikaattorien avulla. Seurannan tarvetta on perusteltu sillä, että yhteisten seurantakeinojen kautta voidaan kouluterveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ilmeneviä merkittäviä alueellisia ja paikallisia eroja havaita ja kaventaa.

Tarkasteltavissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuollon palvelujen seuranta ja arviointi on ollut vähäistä. Laatusuosituksen mukaisen seurannan toimintatavat ovat toteutuneet vain kahdessa terveyskeskuksessa. Näissäkään ei seurannassa ole päästy pitkälle, sillä molemmissa tapauksissa seurannan toteuttaminen ja siitä ra-

portoiminen on "unohtunut" organisaatioiden uudistuessa ja perustöiden viedessä arvioinnista vastaavien viranhaltijoiden työajan. Lisäksi kahdessa terveyskeskuksessa oli arviointiin liittyviä asioita kirjattu suunnitteluasteella oleviin papereihin. Muissa tapauksissa ei kouluterveydenhuollon omia tai toimialuetta yksityiskohtaisesti kuvaavia seurantaraportteja ole laadittu. Yhdenkään terveyskeskuksen toimintakertomuksessa ei ole kuvattu asetettujen tavoitteiden toteutumista. Myöskään laatusuosituksen toteutumista ei ole lähdetty arvioimaan yhdessäkään tarkastelutapauksessa, vaikka suosituksen lopussa on erikseen mainittu ehdotuksia ensimmäisen vuoden seurantakeinoiksi. Useat haastatellut tosin totesivat suositukseen kirjattujen ehdotusten olevan pitkälti sellaisia asioita, joita kaikki seuraavat epävirallisesti ja sisäisesti omassa työssään.

Jonkinlaista palvelujen seurantaa on kuitenkin tehty. Yleisimmin on seurattu toimintaa kuvaavia tietoja, kuten käynti- ja asiakasmääriä. Tällaisten yksinkertaisten tietojen kerääminen on liittynyt yleensä terveyskeskusten toimintakertomusten laadintaan. Noin puolessa terveyskeskuksista oli käytössä jonkinlaisia terveydenhuollon laatukehikoita, joihin oli kirjattu myös yksittäisiä palveluiden järjestämiseen sekä palvelutarpeeseen liittyviä tavoitteita, jotka saattoivat liittyä myös lasten ja nuorten palveluihin tai kouluterveydenhuoltoon. Tällaisia olivat esimerkiksi henkilökunnan täydennyskoulutukseen osallistuminen, lasten ja nuorten alkoholinkäyttö, lasten ja nuorten nukkuminen sekä vanhempien osallistuminen terveystarkastuksiin. Laadunhallintaan liittyvien tavoitteiden osalta ei kuitenkaan ollut saatavilla valmiita raportteja, joissa olisi yksityiskohtaisesti kuvattu kouluterveydenhuollolle asetettujen tavoitteiden toteutumista. Kaiken kaikkiaan kouluterveydenhuollon toimintojen seurannan ja arvioinnin tilanne oli tarkastelukunnissa jokseenkin sekava. Myös haastatellut kouluterveydenhuollosta vastaavat viranhaltijat myönsivät poikkeuksetta, että toiminnan seurantaa ja arviointia ei ole tehty kovin systemaattisesti. Yksi kouluterveydenhuollosta vastaava asiantuntijalääkäri totesi toiminnan todellisen vaikuttavuuden mittaamisen olevan niin hankalaa, ettei terveyskeskuksella ole siihen mahdollisuuksia palvelujen tuottamisen ohella.

Kouluikäisten terveydentilan seurantaa ei ole toteutettu suosituksessa kuvatulla tavalla, jolloin myös kansanterveyslakiin kirjattu vaatimus kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden väestöryhmittäisestä seuraamisesta ei toteudu. Myös koko maan kattavassa tarkastelussa väestön terveydentilan seuraami-

nen on ollut kunnissa harvinaista. Vain 15 prosenttia terveyskeskuksista on ilmoittanut seuraavansa suunnitelmallisesti väestön terveydentilaa ja 6 prosenttia väestöryhmittäisiä eroja.⁴²

Kouluterveydenhuollon palvelujen arvioinnin osalta kuntia ja kuntayhtymiä on suositeltu luomaan yhteistyötä alueen ammattikorkeakoulujen kanssa. Haastattelujen perusteella tällaista yhteistyötä on toteutettu laajemmassa merkityksessä vain kolmessa terveyskeskuksessa. Muutamissa suurimmissa kunnissa on tehty tietyin väliajoin sisäisiä selvityksiä joistakin aihealueista. Noin puolet kouluterveydenhuollon haastatelluista viranhaltijoista seuraa toimintaa Stakesin toteuttaman kouluterveyskyselyn tuloksien kautta.

Tarkastuslautakunnat eivät ole yhdessäkään tarkastelukunnassa arvioineet kouluterveydenhuollon palveluita. Yleisestikin tarkastusten kohdentuminen terveydenhuoltoon oli harvinaista. Kahdessa tapauksessa, tarkastuslautakunta on ollut kiinnostunut terveyspalvelujen kokonaisuudesta, ei yksittäisistä palvelualueista. Yhdessä kaupungissa oli nostettu esille nuorisopsykiatrian ongelmat. Sinänsä laatusuositus voi toimia hyvänä pohjana myös tarkastuslautakuntien työlle. Esimerkiksi Helsingin kaupungin tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa 2005 on palveluiden tasoa verrattu suosituksen mitoituksiin⁴³.

Kokonaisuudessaan kouluterveydenhuollon palveluiden seuranta on liittynyt lähinnä käytintäärien seuraamiseen tarkasteltavissa terveyskeskuksissa. Vastaavasti palveluihin liittyvää arviointitoimintaa ei ole toteutettu juuri ollenkaan. Seurannan ja arvioinnin osalta suosituksen kirjatut tavoitteet jäävät toteutumatta. Myös haastatellut kouluterveydenhuollosta vastaavat viranhaltijat totesivat palveluiden seurannan ja arvioinnin olevan tällä hetkellä puutteellista.

⁴² *Stakes 2006b*

⁴³ *Helsingin kaupunki 2006*

3.5 KUNTASEKTORIN NÄKEMYKSET SUOSITUKSEN TOIMIVUUDESTA

3.5.1 Suosituksen sisällöllinen toimivuus

Suosituksen sisällöllistä toimivuutta kuvataan seuraavaksi haastattelujen viranhaltijoiden ja luottamusmiesten näkemysten kautta.

Kouluterveydenhuollosta vastaavien viranhaltijoiden näkemykset suosituksen toimivuudesta

Kouluterveydenhuollon palveluja läheltä seuraavat ja hoitotyöstä vastaavat ylihoitajat ja osastonhoitajat arvioivat suosituksen sisältyvien tavoitteiden olevan konkreettisia ja käyttökelpoisia. Suosituksen nähtiin olevan tärkeä vertailukohta ja tavoite toiminnan kehittämiseksi. Muutaman kriteerin osalta suositus koettiin epärealistiseksi. Esimerkiksi hoitajien saavutettavuuteen ja tiloihin liittyviä tavoitteita pidettiin monelta osin mahdottomina saavuttaa. Myös henkilöstömitoitukset koettiin joidenkin terveyskeskusten osalta suhteellisen kaukaisiksi tavoitteiksi. Toisaalta näiltäkin osin tavoitteita pidettiin perusteltuina, sillä käytössä olevat henkilöstöresurssit koettiin useimmiten riittämättömiksi. Suosituksen uskottavuuden koettiin kärsivän jossain määrin todellisten mahdollisuuksien ja tavoitteiden välisen kuilun vuoksi, mutta kokonaisuudessaan suositusta pidettiin kouluterveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta erittäin hyvin laadittuna kokonaisuutena. Määrällisten minimitalvoitteiden kirjaamista suositukseen kannatettiin laajasti.

Hoitotyöstä vastaavien viranhaltijoiden keskuudessa painotettiin erityisesti suosituksen taustalla olevaa asiantuntijanäkemyä. Suositusta pidettiin erittäin tärkeänä tukimateriaalina kouluterveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi ja suunnittelussa. Erityisesti pienissä terveyskeskuksissa oltiin tyytyväisiä suosituksien antamaan tukeen, koska omaan suunnitteluun ei koettu olevan mahdollisuuksia ja resursseja. Useissa tarkastelutapauksissa suosituksen kerrottiin toimivan näyttöön perustuvana asiantuntijanäkemyksenä kunnan keskushallinnon suuntaan. Tosin perustelupaperina suosituksen asemaa ei pidetty yhtä poikkeusta lukuun ottamatta merkittävänä. Päätöksentekijöiden kuvattiin olevan täysin tietoisia suositusten esitovasta luonteesta.

Kouluterveydenhuollon palveluiden kokonaisuudesta vastaavat ylilääkärit ja palvelualueen johtajat olivat varauksellisempia suosituksen sisällön toimivuutta kohtaan kuin terveydenhoitajien esimiehinä toimivat ylihoitajat ja osastonhoitajat. Palvelualueen johtajat suhtautuivat keskimäärin varovaisen positiivisesti annettuun suositukseen. Suosituksen tavoitteita pidettiin kuitenkin hieman ideaaleina ja turhan korkealle asetettuina. Erityisesti lääkäriyön mitoitusperustetta pidettiin turhan korkeana. Yhden vastaavan lääkärin mielestä suosituksen tavoitteet ovat aivan liian korkeat ja sellaisenaan täysin tarpeettomia pienten kuntien näkökulmasta. Kolmen haastattelun mielestä hoitajien minimimitoituksista huolehtiminen on huomattavasti tärkeämpää kuin lääkäriyövoiman suosituksen mukainen osoittaminen kouluterveydenhuoltoon. Palveluista vastaavien viranhaltijoiden näkökulmasta korostettiin suositusten harkinnanvaraista soveltamista, ei niinkään niiden tarkkaa yksityiskohtaista noudattamista. Etenkin suuremmissa terveyskeskuksissa suositukset on mielletty niin, että niistä on valmisteltu tai ainakin olisi haluttu valmistella kuntakohtainen sovellus, jossa olisi huomioitu suosituksen tärkeimmät kohdat kunkin kunnan omasta näkökulmasta. Kahdessa suuremmissa kaupungissa kaikkien laatusuositusten todettiin toimivan hyvänä tukimateriaalina palveluiden kilpailuttamisen yhteydessä, jolloin suosituksesta saadaan sopivia arviointi- ja vertailukriteereitä.

Kouluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastaavien viranhaltijoiden mukaan määrällisten kriteerin tarkka kirjaaminen suositukseen on kaksijakoinen asia. Yhtäältä kriteerit ovat hyvä tapa ilmaista tietty minimitaso jollekin toiminnalle, mutta toisaalta niitä ei tulisi tulkita liian jyrkästi. Lisäksi kuntakohtaiset erot pitää huomioida mitoituksia määriteltäessä. Suositukseen liittyvät määrälliset kriteerit koettiin yrityksenä ohjata tiukasti toimintaa. Noin puolet palveluista vastaavista viranhaltijoista kuitenkin muistutti, etteivät määrälliset tavoitteet sido mitenkään poliittisia päättäjiä ja kunnan keskushallinnon viranhaltijoita. Neljä haastateltua viittasi määrällisten kriteerien suorastaan jäykistävän toiminnan järkevää suunnittelua ja kehittämistä.

Johtavat viranhaltijat viittasivat usein siihen, että suorittavien työntekijöiden motivaatio ja sitoutuminen voi heiketä, kun he huomaavat henkilöstöressurssien olevan etäällä suosituksen tavoitteista. Palvelualueen johtajat kokivat joissain tapauksissa olevansa hankalassa tilanteessa, kun toisaalta työntekijät tuntevat suositukset ja

viittaavat niihin kirjattuihin tavoitteisiin ja samalla kuitenkin kunnan keskushallinto sekä luottamuselimet ovat tiukkoja tehtäviin liittyvän taloudellisen liikkumavaran suhteen. Kolmessa kunnassa tilanne oli johtanut hankaliin ristiriitoihin kouluterveydenhuollon palveluista vastaavien johtajien ja kunnan keskushallinnon välille. Kaksi johtavaa viranhaltijaa ilmoitti kokeneensa suoranaista syyllistämistä terveystenonien lisääntymisestä.

Toimiala- ja luottamushenkilöjohtajien näkemykset suosituksen toimivuudesta

Tarkastelukuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtajat eivät kolmea poikkeusta lukuun ottamatta tunteneet suosituksen sisältöön liittyviä vaatimuksia. He arvioivat lähes poikkeuksetta oman kuntansa kouluterveydenhuollon palvelujen tason olevan korkeammalla, kuin mitä ne suosituksen tavoitteisiin verrattuna tosiasiasa olivat. Suositukseen liittyviä määrällisiä kriteereitä toimialajohtajat pitivät vanhakantaisena ohjausmenetelmänä, joka lähinnä antavat oikeuksia ja aiheuttavat kustannuksia, mutta eivät huomioi mitenkään kustannusten kasvua. Yhden suuren kunnan toimialajohtaja koki palveluiden sitomisen asiakkaiden lukumääriin hankalaksi, koska tällöin toiminnan tuottavuutta on hankalaa nostaa. Yleisellä tasolla suosituksiin liittyvään asiantuntijamielipiteeseen suhtauduttiin korrektiin hyväksyvästi, mutta samalla korostettiin, että toiminta pitää suunnitella taloudellisesti kestäväälle pohjalle. Talouden ja palveluvaatimusten tasapainon epäsuhtaan toivat esille kaikki haastatellut toimialajohtajat. Muu kritiikki liittyi suppeampiin kokonaisuuksiin. Kahdessa tapauksessa suosituksen viitattiin olevan lähinnä suurten kaupunkien näkökulmasta ja tarpeista laadittu paperi. Lisäksi kolme johtajaa viittasi suosituksiin sisältyvän suoranaista ay-politiikkaa, jolla pyritään vahvistamaan tiettyjen ammattiryhmien asemaa kuntasektorilla.

Sosiaali- ja terveystalokuntien puheenjohtajat tunsivat suosituksia suhteellisen heikosti. Tosin joukossa oli muutamia luottamushenkilöitä, joka tunsivat suosituksen erittäin hyvin. Kokonaiskuvan luominen luottamushenkilöiden suhtautumisesta suosituksen sisältöön liittyviin vaatimuksiin oli hankalaa. Määrällisten kriteerien suhteen luottamushenkilöiden mielipiteet vaihtelivat huomattavan paljon. Enemmistön mielestä määrälliset kriteerit ja oman toiminnan vertaaminen niihin on hyvä tapa ohjata luottamushenkilöiden toiminta-

taa. Luonnollisesti kriteerien toivottiin olevan harkittuja ja toteuttamiskelpoisia. Kolme haastateltua luottamushenkilöjohtajaa suhtautui kielteisesti suositukseen kirjattuihin vaatimuksiin ja kaksi luottamushenkilöjohtajaa eivät tunteneet kouluterveydenhuollon laatusuositusta ja sen sisällöllisiä vaatimuksia juuri ollenkaan.

Kokonaisuudessaan kouluterveydenhuollon laatusuosituksen sisällöllistä toimivuutta pidettiin parhaimpana hoitotyöstä vastaavien viranhaltijoiden parissa. Myös kouluterveyden kokonaisuudesta vastaavat johtavat viranhaltijat suhtautuivat suosituksen sisällöllisiin vaatimuksiin ymmärtävästi - tosin muutaman johtavan lääkärin mukaan sisältöön kirjatut vaatimukset olivat joiltakin osin kohtuuttoman korkealle asetettuja. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtajat pitivät etenkin suositukseen kirjattuja määrällisiä kriteerejä hankalina ja turhina kuntien toiminnan suunnittelun kannalta. Sosiaali- ja terveyslautakuntien puheenjohtajat tunsivat suosituksen sisältöä melko heikosti ja heidän osalta näkemykset suosituksen sisällön toimivuudesta vaihtelivat huomattavan paljon.

3.5.2 Suositukseen suhtautuminen

Haastatellut viranhaltijat totesivat kuntien välisten erojen olevan tällä hetkellä merkittäviä kouluterveydenhuollon palveluissa. Kaikki käytännön palvelutuotannosta vastaavat viranhaltijat kaipasivat valtakunnallisia linjauksia, periaatteita ja ohjeita oman työnsä tueksi. Suositusta pidettiin tarpeellisena jo pelkästään sen vuoksi, ettei kaikissa kunnissa tarvitse miettiä samoja peruskysymyksiä alusta alkaen. Suositukseen sisältyvää asiantuntijanäkemyistä arvostettiin laajasti.

Suosituksen sitovuus ja vaikutus päätöksentekoon

Puolet terveyskeskusten kouluterveydenhuollosta vastaavista viranhaltijoista piti nykymuotoisen suosituksen viemistä lautakunnan käsiteltäväksi jokseenkin turhana. Palvelukokonaisuudesta vastaavat viranhaltijat eivät ole vieneet suositusta lautakunnan käsiteltäväksi lähinnä siitä syystä, ettei sen ole koettu sopivan jo muutenkin laajoihin sosiaali- ja terveydenhuollon asialistoihin. Lautakuntakäsittely nähdään myös jossain määrin turhaksi, koska niukkojen resursien ja pakollisten tehtävien koetaan määrittelevän joka tapauksessa

toiminnan suunnan. Tilannetta kuvaa erään terveystieteiden johtavan hoitajan kommentti, jonka mukaan suosituksia ei voi edes viedä lautakunnan käsiteltäväksi, koska asetetuista tavoitteista ollaan niin äärettömän kaukana ja samanaikaisesti kuitenkin annetaan uusia säästövaatimuksia toiminnalle. Erään toisen terveystieteiden johtava lääkäri puolestaan totesi lautakunnalla olevan niin paljon vaikeita asioita käsiteltävänä, että suositus aiheuttaisi vain hämmennystä luottamusmiehistä. Kahdessa tarkastelukunnassa suositusta oli yritetty saada hoitotyöstä vastaavien viranhaltijoiden toimesta lautakunnan esityslistalle siinä onnistumatta. Näissä tapauksissa terveysasiat lautakunnassa esittelevä johtava viranhaltija oli linjannut suosituksen sellaiseksi asiakki, jota ei tarvitse viedä luottamusmiesten käsiteltäväksi. Kahdessa terveystieteiden kouluterveydenhuollon suosituksien perusteella on tekeillä omia suunnitelmia ja sovellutuksia, jotka on tarkoitus viedä myöhemmässä vaiheessa lautakunnan käsiteltäväksi.

Suosituksen heikon leviämisen päätöksentekijätasolle totesivat myös kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtajat sekä sosiaali- ja terveyslautakuntien puheenjohtajat. Vain harvassa tarkastelukunnassa suositusta on käsitelty missään muodossa luottamusmiestä ja yhdessäkin lautakunnassa ei ole tehty merkittäviä kouluterveydenhuollon toimintaedellytyksiin ja resursseihin liittyviä päätöksiä suosituksen perusteella. Luottamusmiestoimintajohtajien näkökulmasta taloudelliset tosiasiat ja välittömät velvoitteet vaikuttavat viime kädessä päätöksiin, jolloin laatusuosituksia noudatetaan ja sovelletaan ainoastaan resurssien mahdollistamissa rajoissa.

Toimialajohtajien suhtautuminen suosituksiin oli samansuuntaista kuin luottamusmiestöillä, mutta astetta kriittisempää. Tarkastelukuntien sosiaali- ja terveysjohtajien tulkinnan mukaan kuntien terveydenhuollon nykyisillä resursseilla ei suosituksen voida millään osin kuvitella toteutuvan hyvin - saatikka olevan sitova. Sosiaali- ja terveysjohtajien näkökulmasta kuntatodellisuuden ja suosituksen välinen kuilu on merkittävä valtaosassa kuntia. Toimialajohtajat eivät sinänsä kiistäneet sosiaali- ja terveysministeriön harjoittaman ohjauksen tarpeellisuutta ja ehkäisevän toiminnan merkityksen korostamista, mutta kuntalain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja muun ohjauksen välinen ristiriita koettiin johtamisen kannalta erittäin hankalana asiana. Myös laatusuositukseen sisältyvät määrälliset kriteerit saivat kielteistä palautetta johtavilta viranhaltijoilta. Johtajat kokivat suositukset pitkälti ylhäältä annettui-

na määräyksinä, joiden laadinnassa ei ole kuntia juurikaan kuultu. Tässä suhteessa toimialajohtajat eivät olleet tietoisia suosituksen valmisteluun liittyneistä laajoista alueellisista yhteistyökokouksista.

Vaikka suositusta pidettiin hallinnollisesti oikeutettuna sekä tarpeellisena, niin sen mahdollinen vaikutus palvelujen kohentamiseksi koettiin silti jokseenkin heikoksi. Valtaosa haastatelluista kuntasektorin edustajista suhtautui suosituksiin eräänlaisena mittatikuna, johon olisi hyvä päästä, mutta kovin sitovana niitä ei pidetty. Neljäsosa kouluterveydenhuollon vastaavista viranhaltijoista oli sitä mieltä, että suositusten tarkka noudattaminen ei ole nykytilanteessa järkevää, vaan suositusta pitää soveltaa kunkin kunnan omista lähtökohdista. Tältä osin suosituksia tulkittiin usein niin, että niiden toteuttaminen vaatii huomattavia taloudellisia panostuksia. Usein suosituksista huomattiinkin vain vähimmäismitoituksiin liittyvät tekijät.

Laatusuosituksen merkitys toiminnan ohjaamisessa

Kun nykymuotoisen suosituksen tavoitteiden ei koeta olevan sitovia ja toisaalta valtakunnallisia linjauksia kaivataan, niin lähes kaikki palveluista vastaavat osastonhoitajat ja ylihoitajat toivoivat, että laatua määrittelevät kriteerit annettaisiin jatkossa nykyisiä suosituksia sitovampina normeina. Sitovamman ohjauksen kannattajia löytyi huomattavan paljon myös johtavista viranhaltijoista aina yksittäisiin toimialajohtajiin saakka. Joidenkin vähimmäismitoitusten suhteen oltaisiin valmiita hyväksymään nykyistä tiukempi sääntely. Sitovampaa ohjausta toivottiin, jotta päätöksenteossa päästäisiin jatkuvasta resurssikiistelystä ja pystyttäisiin keskittymään palveluiden mahdollisimmat tehokkaaseen järjestämiseen. Toisaalta uusien velvoitteiden ja nykyisten resurssien yhdistelmällä muutamat viranhaltijat pelkäsivät myös lainsäädännön noudattamisen alkavan horjua jossain vaiheessa. Monissa haastattelukommenteissa kyseenalaistettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja valtion keskushallinnon tietoisuutta kuntien tämän hetken tilanteesta.

Vaikka kuntien viranhaltijat pitivätkin laatusuosituksia yhtenä parhaimmista keskushallinnon ohjauskeinoista, niin suositusten kuvattiin hukkuvan jossakin määrin ohjauksen ja informaation tulvaan. Etenkin toimiala- sekä palvelualuejohtajien näkökulmasta nykyinen sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus näyttäätyy jokseenkin sekavana kuntien suuntaan. Kuntien ja terveyskeskusten johdolle suunnattu ohjaus koettiin jopa jossain määrin sisäisesti ristiriitaisek-

si, kun esimerkiksi Kansallisen terveysprojektin tavoitteet näyttävät liittyvän ensisijaisesti erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin ja samanaikaisesti kuitenkin korostetaan ehkäisevän työn merkitystä ja resursointia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen tilannetta kuvataan kuntasektorin näkökulmasta sellaiseksi, että jos kaikkea ohjaavaa materiaalia seuraisi tarkkaan, niin mitään muuta ei ehtisi enää tekemään. Ministeriön, Stakesin, lääninhallitusten sekä eri järjestöjen suunnasta tulevaa informaatiotulvaa kuvattiin erittäin mittavaksi. Myös valtion rahoittamaan kehittämistoimintaan kuvattiin kuluvan huomattavan paljon aikaa ja voimavaroja useissa kunnissa. Samoin erilaisiin kyselyihin ja selvityksiin vastaamisen sanottiin sitovan työaikaa. Ohjauksessa ilmenneisiin heikkouksiin on kiinnitetty huomiota myös valtiovarainministeriön julkaisemassa tuoreessa tutkimuksessa⁴⁴ sekä myös Valtiontalouden tarkastusviraston aiemmissa tarkastuskertomuksissa⁴⁵.

Haastatelluille johtaville viranhaltijoille ei ollut selvää mikä on ministeriön ja Stakesin keskinäinen työnjako kouluterveydenhuollon palvelujen ohjauksessa. Stakesin näkyvyys kuntien suuntaan oli huomattavasti ministeriötä merkittävämpää. Lääninhallitusten näkyvyys ei ole kouluterveydenhuollon palvelujen osalta yhtä merkittävä kuin muilla palvelualueilla, mutta niiden järjestämiin koulutuksiin ja muihin tilaisuuksiin on kuitenkin pyritty osallistumaan. Terveyskeskusten kouluterveydenhuollosta vastaavilla virkamiehillä oli yleensä jonkinlainen tuntuma tai kontakti lääninhallitusten terveydenhuollon tarkastajiin.

Kokonaisuudessaan kunnalliset toimijat suhtautuivat laatusuosituksen ristiriitaisesti. Suosituksen tavoitteita pidettiin lähtökohtaisesti hyvänä ja kannatettavana, mutta samalla suositus koettiin uusien velvoitteita ja tehtäviä antavana ohjeistuksena. Näin ollen etenkin johtavat viranhaltijat kokivat suosituksen kiinnittymisen kuntatodellisuuteen ja etenkin kuntien taloudellisiin mahdollisuuksiin heikkoina. Vastaavasti heikko kiinnittyminen kuntien todellisuuteen vaikuttaa puolestaan siihen, että suosituksen vaikutukset kouluterveydenhuollon merkityksen laaja-alaiseen nostamiseen jää heikoksi. Suosituksen päätavoite vaikuttaa palveluiden suunnitteluun ja resursseihin päätöksentekijöiden kautta ei näytä toteutuvan toivotulla tavalla.

⁴⁴ Valtiovarainministeriö 2006

⁴⁵ Valtiontalouden tarkastusvirasto 40/2002 ja 101/2005

3.6 LAATUSUOSITUS SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN OHJAUSVÄLINEENÄ

Kun 1990-luvun alussa siirryttiin keskusvirastojen lopettamisen ja valtionosuusjärjestelmän uudistamisen jälkeen uudenlaisen ohjauksen aikaan, niin kouluterveydenhuollon palveluja ja toimintaa ei ohjattu enää yhtä selkeästi kuin aiemmin. Ohjausvastuu oli ministeriöllä, mutta käytännössä kouluterveydenhuollon palveluja ei juuri-kaan ohjattu valtakunnallisesti. Asiantilaan kiinnitettiin huomiota 2000-luvun alussa, jonka jälkeen tilannetta on pyritty korjaamaan korostamalla kouluterveydenhuollon asemaa useissa kannanotoissa, korottamalla laskennallisia valtionosuuksia sekä terävöittämällä ohjausta kouluterveydenhuollon oppaalla ja suosituksella.⁴⁶

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Stakesin yhteistyössä laatiman suosituksen valmistelu sujui hyvin ja asiasta tiedotettiin kouluterveydenhuollon toimijoille, mutta tämän jälkeinen valtion keskus- ja aluehallinnon sitoutuminen suosituksiin ei ole ollut paras mahdollinen. Tarkastusta aloitettaessa selvisi, ettei ministeriössä ollut saatavilla juuri minkäänlaista tietoa kouluterveydenhuollon palveluiden volyymeistä, saatavuudesta tai laadusta. Myöskään suosituksen toimeenpanoon ja toteutumiseen liittyvää seurantaa ei ollut tehty, vaikka laatusuosituksen julkaisemisesta oli kulunut aikaa yli vuosi. Näin ollen toimintaa suunnittelevalla, ohjaavalla ja valvovalla korkeimmalla viranomaistaholla ei ollut tietoa siitä, mikä oli lähtökohdatilanne kouluterveydenhuollon palveluissa ja oliko annettu suositus vaikuttanut palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen mitenkään. Toisaalta laatusuositusten seurannasta oli suunnitelmia olemassa ja sittemmin laatusuositusten arviointi on tulossopimuksessa osoitettu Stakesin tehtäväksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin välisessä tulossopimuksessa vuodelle 2005 on mainittu, että Stakesin tulisi suunnata toimintaansa muun muassa laatusuositusten ja muiden ohjausvälineiden toimeenpanon seurantaan ja vaikuttavuuden arviointiin. Stakesin tekemät terveyskeskuskyselyt, joihin tässäkin tarkastuksessa on useaan otteeseen viitattu, ovat osa edellä kuvattua terveyden edistämisen seurantaa. Tältä osin myös kouluterveydenhuollon laa-

⁴⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a*

tusuosituksen toimeenpanoa on seurattu ja tähän viittaavat myös ministeriön virkamiehet. Vuotta 2006 koskevassa tulossopimuksessa on mainittu erikseen, että Stakes käynnistää kouluterveydenhuollon laatusuosituksen arvioinnin vuonna 2006. Arviointivuoden kestäkuussa kouluterveydenhuollon laatusuosituksen arvioinnin suunnitelma ja vastuujaot olivat vielä tekemättä ministeriön ja Stakesin välillä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä kouluterveydenhuollon kehittämiseen ja seurantaan liittyvät tehtävät on osoitettu yhdelle viranhaltijalle. Vastaavasti Stakesissa on kunnallisia palveluja tutkiva ja tukeva kuntien hyvinvointistrategiat –ryhmä, jolla ei ole virallista palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen liittyvää asemaa, mutta ryhmän panos kouluterveydenhuollon palvelujen suhteen näyttää kuntien suuntaan aktiiviselle kouluterveyskyselyjen vuoksi. Kokonaisuudessaan kouluterveydenhuollon valtakunnallisen ohjaus-, kehittämis- ja seurantavastuun työnjako näyttäytyy epäselvänä ministeriön ulkopuolelle. Valtionosuusuudistuksen jälkeen valtion keskushallinnossa ei ole erikseen määritelty kouluterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyöstä vastaavaa vastuuyksikköä. Ministeriön ja Stakesin välisissä tulossopimuksissa on sovittu yksittäisistä tehtävistä vuodeksi kerrallaan.

Stakesin tutkimusprofessori arvioi kouluterveydenhuollon kehittämistoiminnan puutteellisuutta Helsingin Sanomissa (25.10.2005) vertaamalla tilannetta työikäisiin suuntautuvaan tutkimus- ja kehittämispanostuksiin seuraavasti: "Jos meillä on vajaata kolmea miljoonaa työikäistä kohden 700 hengen Työterveyslaitos, niin samaan aikaan meillä ei ole vajaata miljoonaa koululaista kohden juuri mitään tutkimus- ja kehittämistoimintaa."

Myös laatusuosituksilla tapahtuvan ohjauksen systemaattisudessa ja koordinoinnissa on kehitettävää. Pitkän ajan suunnitelmaa ministeriön harjoittaman ohjauksen suunnasta ja käytettävistä menetelmistä ei ole tehty. Esimerkiksi laatusuosituksia on laadittu aina tarpeen mukaan sille sektorille, jossa puutteita on ilmennyt. Ohjauksen suunnittelemattomuus näkyy myös itse laatusuosituksissa, sillä ne ovat sisällöltään ja rakenteeltaan hyvin vaihtelevia. Samoin suositusten ja oppaiden väliset erot ohjausvälineinä ovat jääneet tarkentamatta, jolloin osa oppaista sisältää samantyyppisiä tavoitteita kuin suositukset. Myös laatusuositusten painoarvot ovat erilaisia: yhtäältä ministeriö on antanut suosituksia laajoista palvelukokonaisuuksista ministerin ja Suomen Kuntaliiton toimitusjohtajan nimissä, toi-

saalta suosituksia on annettu myös huomattavasti pienemmistä kokonaisuuksista, esimerkiksi ikääntyneiden ihmisten ohjatusta terveysliikunnasta, jolloin suositus on annettu Suomen gerontologian tutkimuskeskuksen, Ikäinstituutin sekä UKK-instituutin toimittamana.

Edellä kuvattuja tarkastushavaintoja voidaan syventää myös valtiovarainministeriön tilaaman ja informaatio-ohjausta käsittelevän tutkimuksen tuloksien kautta⁴⁷. Tutkimuksen mukaan laatusuositukset ovat yhdessä kansallisten hankkeiden kanssa keskeisin osa sosiaali- ja terveysministeriön tämänhetkistä informaatio-ohjausta. Tutkimushankkeeseen liittyvissä valtionhallinnon viranhaltijoiden haastatteluissa ilmeni, että haastateltavien käsitykset laatusuosituksen merkityksestä ja vaikutuksista ovat vaihtelevia ja epäselkeitä. Laatusuosituksia ei myöskään pidetty kovin tehokkaana ohjaavana instrumenttina, joten tässä suhteessa niiden arvioidaan jäävän selkeästi normi- tai resurssiohjauksen jälkeen.

Tutkimuksen mukaan ohjauksen kokonaisuutta kuntien suuntaan pidetään ministeriön viranhaltijoiden näkökulmasta heikosti koordinoituna. Esimerkiksi ohjelmajohtamisen kautta jaetaan rahaa koordinoimattomasti ja ohjelmakehykset ohjaavat heikosti varsinaista hanketoimintaa. Kun resurssiohjaus ja normiohjaus ovat koordinoimattomia, niin myös informaatio-ohjauksen vaikuttavuus on heikkoa ja toiminnan kokonaistavoitteet näyttävät jäävän epäselväksi. Ohjauksen koordinoimattomuuteen viittaa mm. havainto siitä, etteivät haastatellut keskushallinnon virkamiehet löytäneet juurikaan esimerkkejä eri ohjausmuotojen yhdistämisestä keskenään. Koordinoimattomuuden lisäksi sosiaali- ja terveyshallinnon edustajat totesivat suositusten suuren lukumäärän olevan ongelma. Lisäksi kokonaiskuva ohjauksen vaikutuksista on jäänyt heikoksi, mikä johtuu vaikutusarviointien puuttumisesta. Haastatellut epäilivät myös, ettei ohjaus ole juurikaan ulottunut kuntien hallinnolliseen johtoon eli kunnanjohtajiin ja kuntien talousjohtajiin.

Edelleen tutkimuksessa esitetään, että ministeriön virkamiesten näkemyksen mukaan suositusten ja yleisemminkin informaatio-ohjauksen toimivuuden suurimpana esteenä on kuntajohtajien heikko osaaminen asioiden eteenpäinviennissä ja puolustamisessa. Toisaalta kuntajohtajat puolestaan epäilivät ministeriötä ja keskushal-

⁴⁷ *Valtiovarainministeriö 2006*

linnon virkamiehiä siitä, ettei keskushallinnossa ymmärretä kunnallisen johtamisympäristön haasteita ja hankaluuksia, kuten poliittisia paineita, kansalaisten vaatimuksia sekä kuntatalouden niukkoja reunaehtoja. Tältä osin suositusten kanssa liikutaan kunta-valtiosuhteen vaikealla kentällä.

Laatusuosituksia voidaan käyttää myös valvonnan apuvälineenä, mutta kouluterveydenhuollon suositusta ei ole juurikaan käytetty palveluiden laadun tai saatavuuden valvonnassa valtionhallinnon tasolla. Nykyisellään lääninhallitusten valvontatoimet ovat liittyneet kouluterveydenhuollon osalta lähinnä kanteluiden käsittelyyn. Muita tehtävälajeita koskevia suosituksia on käytetty jossain määrin palvelujen asianmukaisuuden valvonnassa⁴⁸.

3.7 VALTIONOSUUTEEN SUUNNATUN VOIMAVARALISÄYKSEN VAIKUTUS PALVELUIHIN

Tarkastuksen yhtenä kysymyksenä oli tarkastella sitä, ovatko laskennalliseen valtionosuuteen lisätyt ja tiettyyn tarkoitukseen suunnatut määrärahat vaikuttaneet kuntien toimintaan.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusprosenttia korotettiin hallituspuolueiden eduskuntaryhmien toiveesta vuosina 2002 ja 2003⁴⁹. Laskennalliseen valtionosuusjärjestelmän lisättyjen 74 ja 104 miljoonan euron lisämäärärahojen tavoitteena oli lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantaminen sekä kouluterveydenhuollon ja koululaisten iltapäivähoidon järjestäminen. Tavoitteet kirjattiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusmomentin selvitysosaan. Tarkastuksen yhteydessä määrärahalisäysten vaikutuksista kysyttiin tarkastelukuntien kouluterveydenhuollosta vastaavilta viranhaltijoilta sekä sosiaali- ja terveystoimien johtajilta ja lautakuntien puheenjohtajilta.

Kouluterveydenhuollosta vastaavat viranhaltijat olivat kolmea haastateltua lukuun ottamatta tietoisia valtion talousarviossa mainituista lisävoimavaroista. Yhdestätoista tietoisesta viranhaltijasta yk-si epäili, että valtionosuuslisäyksen yhteydessä saatettiin kunnan ta-

⁴⁸ *Valtiontalouden tarkastusvirasto 101/2005*

⁴⁹ *VM 2002 ja VM 2003*

lousarvioon kirjoittaa "jonkinlainen" sanamuoto, mutta itse määrärahoihin se ei vaikuttanut. Haastattelujen mukaan laskennallisten valtionosuuksien korotukset eivät näkyneet yhdenkään terveyskeskuksen kouluterveydenhuollon resursseissa tai palveluissa. Kolmen terveyskeskuksen johtavat viranhaltijat totesivat seuraavansa laskennallisiin valtionosuuksiin tehtäviä muutoksia ja painotuksia vuosittain. Heidän näkökulmastaan laskennallisiin valtionosuuksiin vetoaminen on turhaa määrärahoista neuvoteltaessa, koska rahat menevät yleiskatteelliseen kassaan. Haastateltujen mukaan ainoastaan tiukempi normitus takaa rahan jakaantumisen valtion keskushallinnon toiveiden mukaan.

Sosiaali- ja terveysjohtajien osalta kolme ei tuntenut tai muistanut lisäpanostusta lasten ja nuorten palveluiden kehittämiseen. Kaikki toimialajohtajat olivat selkeän kielteisiä sen suhteen, että laskennallisten valtionosuuksien perusteluiden kautta voitaisiin ohjata kuntien toimintaa. Laskennallisen järjestelmän eduksi koettiin juuri se, että kunnalla on vapaus päättää omista resursseistaan. Sosiaali- ja terveyslautakuntien puheenjohtajat tiesivät vain heikosti laskennallisiin valtionosuuksiin suunnatuista lisäpanostuksista, vaikka enemmistö puheenjohtajista oli pitkän linjan luottamushenkilöitä sosiaali- ja terveyslautakunnissa. Puheenjohtajista yhdeksän ei tunnustanut muistavansa tai kuulleensa asiasta. Loputkin haastatelluista epäilivät, etteivät laskennalliseen valtionosuuteen kirjatut toiveet näy kuntien talouden tai toiminnan suunnittelussa.

Haastattelujen perusteella voidaan arvioida, ettei laskennallisen valtionosuuden painotuksilla näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta kuntien päätöksentekoon ja sitä kautta toiminnan painotuksiin. Kuntasektorilla tunnetaan valtion talousarvion selvitysosiin kirjatut tavoitteet, mutta niiden ei koeta olevan toimintaa ohjaavia.

4 TARKASTUSVIRASTON KANNANOTOT

Tarkastuksessa selvitettiin kouluterveydenhuollon laatusuosituksen vaikutuksia kuntien toimintaan. Tarkastuksen pääkysymyksenä oli, missä määrin kouluterveydenhuollon laatusuositus on ohjannut kuntien toimintaa ja sitä kautta kuntalaisille tarjottavien palveluiden laatua ja saatavuutta. Tarkastuksen yleisenä lähtökohtana oli tarkastella laatusuositusta osana valtion harjoittamaa ohjausta ja pohtia suosituksen asemaa muiden ohjauskeinojen rinnalla. Havainnot perustuvat ensisijassa 14 kunnan tapaustarkasteluun sekä rajatuilta osin Stakesin toteuttamien valtakunnallisten kyselyjen tuloksiin.

Palveluiden käyttäjien näkökulmasta suositus ei ole toiminut sille asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Keskeisenä ongelmana on ollut suosituksen heikko vaikutus itse palveluiden järjestämisen edellytyksiin. Suositus ei ole juurikaan vaikuttanut kouluterveydenhuoltoon suunnattuihin resursseihin. Samalla vaikutukset toiminnan suunnitteluun sekä palveluiden järjestämiseen ja seurantaan ovat jääneet vähäisiksi. Kokonaisuudessaan suositukseen kirjatut laatutekijät ovat heijastuneet tarjottuihin palveluihin lähinnä joidenkin palvelukäytäntöjen tarkennuksina. Suosituksesta ei ole myöskään tiedotettu koululaisille ja vanhemmille riittävästi, jolloin palveluilta ei ole osattu vaatia suositusten mukaista tasoa. Suunnitelmallisen seurannan ja arvioinnin puuttuessa luotettavia päätelmiä palveluiden saatavuudesta ja tasosta ei voida tehdä.

Suosituksessa keskeisellä sijalla ollut tavoite kouluterveydenhuollon järjestämisestä olennaisena osana koulujen oppilashuoltoa on jäänyt toteutumatta. Kuntien sosiaali-, terveys- ja opetustoimen välille ei ole syntynyt laaja-alaisia yhteistyömuotoja koululaisille tarjottavien palvelujen osalta. Yhteistyötä on jossain määrin tehty yksittäisten toimihenkilöiden välillä, mutta palveluiden johtamisen suhteen se on ollut vähäistä. Kouluterveydenhuollon palvelualueella terveydenhoitajien ja lääkäreiden työtä johdetaan vain harvoin yhteisenä kokonaisuutena.

Palvelujen tuottajien eli kouluterveydenhuollon parissa työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta suositus on toiminut joiltakin osin. Kouluterveydenhuollon palveluja tarjoavien kouluterveyden-

hoitajien ja -lääkäreiden näkökulmasta suositus on selkiyttänyt toiminnalle asetettuja vaatimuksia ja toimintatapoja. Suosituksen taustalla olevalle asiantuntemukselle ja itse suositukselle annetaan arvoa, mutta käytännössä kirjatut tavoitteet ovat kuitenkin toteutuneet vain osittain. Toimintaa on joidenkin terveyskeskusten osalta pyritty kehittämään suosituksen mukaiseksi, mutta yleensä taloudellisten voimavarojen niukkuus sekä henkilöstövoimavarojen puutteet ovat estäneet tavoitteiden laajemman läpiviemisen. Palvelujen suunnittelussa on vain harvoin tehty suosituksen mukaisia toimintasuunnitelmia ja tavoitteiden mukainen raportointi on ollut vielä harvinaisempaa. Henkilöstön mitoitus suhteen tilanne vaihtelee terveyskeskuskohtaisesti, mutta suosituksen merkitys kouluterveydenhuollon voimavarojen kehittämisessä on jäänyt vähäiseksi myös niissä kunnissa, joissa puutteet ovat olleet suurimpia. Koululaisten määräaikaistarkastuksia tehdään suunnitelmallisesti, mutta lääkärien suorittamia laaja-alaisia terveystarkastuksia ei tehdä riittävän usein.

Suosituksen merkitys organisaation kehittämisen välineenä on kaksijakoinen. Suositukseen kirjattuja asioita on käytetty hyväksi jossain määrin palveluiden parissa työskentelevien henkilöiden omien töiden suunnittelussa sekä myös tulosalueen tavoitteiden asettelussa. Toisaalta kouluterveydenhuollosta vastaavat tulosalueen päätöksentekijät eivät ole läheskään aina toimineet siten, että suosituksiin kirjatut asiat saataisiin toteutettua kunnissa. Suositukseen sisältyviä tavoitteita on vain harvoin lähdetty aktiivisesti esittelemään toimiala- ja luottamushenkilöjohtajille sekä voimavaroista päättävälle sosiaali- ja terveyslautakunnalle. Usein suositukseen liittyviä tavoitteita ei ole edes haluttu tuoda esille, koska vastaanoton on arveltu olevan torjuvaa ja suosituksia vähättelevää. Kehittämistä on haitannut myös kouluterveydenhuollon kokonaisuuden hahmottomuus, jolloin hoito- ja lääkäryötä on kehitetty toisistaan irrallisina osina. Lisäksi vastuukysymyksiä ei ole läheskään aina hoidettu siten, että kunnasta tai terveyskeskuksesta löytyisi kouluterveydenhuollon kokonaisuudesta vastaava viranhaltija.

Kouluterveydenhuollon palveluista päättävien johtavien viranhaltijoiden sekä luottamushenkilöiden näkökulmasta kouluterveydenhuollon suositus on toiminut vain harvoilta osin. Suosituksen tunnettuus sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtajien sekä sosiaali- ja terveyslautakuntien puheenjohtajien keskuudessa on muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta vaatimatonta. Lisäksi johtajat arvioivat lähes poikkeuksetta oman terveyskeskuksen ja kunnan

palvelujen olevan suhteellisen lähellä suosituksen tavoitteita, vaikka niissä olisi ollut huomattavan paljon parannettavaa. Voimavaroista päättävät johtajat kokivat suosituksen sopivan lähinnä käytännön työn suunnittelun apuvälineeksi. Sitovaksi suositusta ei koettu ja sillä ei kuvattu olevan juurikaan vaikutuksia talouden ja toiminnan suunnitteluun. Kuntien suunnittelun lähtökohtien todettiin syntyvän lakisääteisten järjestämisvaatimusten ja taloudellisten mahdollisuuksien yhdistelmänä, jolloin muille toiveille ei yleensä koettu jäävän tilaa. Toimialajohtajien keskuudessa suositukseen ja siihen liittyviin minimimitoituksiin suhtauduttiin kriittisesti. Luottamushenkilöjohtajat olivat sen sijaan kiinnostuneempia suosituksen mahdollistamiin vertailuasetelmiin ja he toivoivatkin suositusten laajempaa mukaan ottamista lautakuntakäsittelyihin.

Tarkastushavaintojen mukaan kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimivuus osana sosiaali- ja terveysministeriön harjoittamaa informaatio-ohjausta on jäänyt vaatimattomaksi. Suosituksen valmistelu sujui hyvin ja asiasta tiedotettiin kouluterveydenhuollon toimijoille. Suositus ei ole kuitenkaan levinnyt kuntasektorin sisällä ja sen merkitys on jäänyt epäselväksi: toisaalta sen oletetaan olevan kohtuullisen voimakas keskushallinnon kannanotto, mutta samalla sen kuvataan olevan vain suositus. Suositukseen suhtautuminen vaihtelee huomattavasti kuntien viranhaltijoiden keskuudessa. Kouluterveydenhuollon palvelujen valtakunnallisen ohjauksen, kehittämisen ja seurannan havaittiin olevan vähäistä tehtäväalueen painoarvoon verrattuna. Kuntien ja kuntayhtymien viranhaltijoille oli esimerkiksi epäselvää, mikä on ministeriön ja Stakesin keskinäinen työnjako ja rooli kouluterveydenhuollon palvelujen ohjauksessa ja kehittämisessä.

Laatusuosituksen näkyvyyttä on heikentänyt kuntiin suuntautuva sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kehittämisen tietotulva. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä sen alaisen hallinnon tuottama ohjausinformaatio ja muu tietotuotanto koettiin useimpien terveystalouden palveluista vastaavien viranhaltijoiden näkökulmasta hankalaksi tai jopa ylitsepääsemättömäksi asiaksi normaali virkatöiden rinnalla. Samanaikaisesti suositukset ovat jääneet projektirahavetoisen kehittämisohjauksen varjoon. Monimuotoisen kehittämisen keskellä keskushallinnon viesti koko sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kehittämisen suunnasta on jäänyt kuntasektorilla hahmottomaksi. Samankaltaisiin havaintoihin on päädytty myös aiemmissa tarkastusviraston tarkastuksissa.

Laskennallisiin valtionosuksiin vuosina 2002 ja 2003 suunnatut merkittävät voimavaralisäykset eivät ole vaikuttaneet kouluterveydenhuollon resursseihin tarkastelukunnissa. Tältä osin talousarvion sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuuden momentin selvitysosaan kirjatulla perusteluilla ei ole ollut tavoiteltuja vaikutuksia.

LÄHTEET

1. Lait, asetukset ja muut normit

Kansanterveyslaki (66/1972)

Kansanterveysasetus (802/1992)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992)

Perusopetuslaki (628/1998)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003)

Suomen perustuslaki (731/1999)

Lääkintöhallituksen ohjekirje 1972, Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta.

Lääkintöhallituksen ohjekirje 1981, Ohjeet kouluterveydenhuollosta.

2. Muut kirjalliset lähteet

Duodecim (2001): Konsensuslausuma, Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo 14.11.2001.

Etelä-Suomen lääninhallitus (2005): Oppilashuolto, järjestyksenpito ja kurinpito perusopetuksen kouluissa 2001 – 2004. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 1/2005.

Helsingin kaupunki (2006): Arviointikertomus vuodelta 2005. Helsingin kaupungin tarkastuslautakunta. Helsingin kaupungin tarkastusvirasto 2006.

Kivimäki Hanne, Kosunen Elise, Rimpelä Arja, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi ja Rimpelä Matti (2006): Suunnitelmallisuus peruskoulujen kouluterveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti, painossa.

Luopa Pauliina, Pietikäinen Minna, Puusniekka Riikka, Jokela Jukka ja Sinkkonen Annikka (2006): Kouluterveys 2006: Etelä-Suomen lääniraportti. Verkkojulkaisu, Stakes.

Oulasvirta Lasse (2003): Kuntien taloudelliset erot ja valtion apu – antaako julkisen valinnan teoria vastauksia? Teoksessa Saari Juhon (toim.): Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Rimpelä Matti (2005a): Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 1, käsitteitä ja lakeja. Artikkelit Suomen lääkärilehdessä 44/2005, s. 4523 – 4526.

Rimpelä Matti (2005b): Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2, kansanterveysvastuu ja kunnan ydintehtävät. Artikkelit Suomen lääkärilehdessä 45/2005, s. 4651 – 4655.

Rimpelä Matti (2006): Kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset vuonna 2005 ja laatusuosituksen mukaiseen henkilöstömitoitukseen tarvittava lisäys kymmenessä suurimmassa kaupungissa. Muistio.

Rimpelä Matti, Wiss Kirsi, Saaristo Vesa, Kivimäki Hanne, Kosunen Elise ja Rimpelä Arja (2006): Kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947 – 2004. Stakes, työpapereita 26/2006.

Rimpelä Matti ja Wiss Kirsi (2006): Kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat ja johtaminen kymmenessä suurimmassa kaupungissa 2005. Stakes, työpapereita 26/2006.

Stakes (2000): Laatukriteerit – suuntaviivoja käyttäjille. Stakes, Aiheita 20/2000.

Stakes (2002): Kouluterveydenhuolto 2002, opas kouluterveydenhuollossa, peruskouluille ja kunnille. Stakes, Oppaita 51.

Stakes (2005): Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto – perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Stakes, Työpapereita 1/2005.

Stakes (2006a): Kouluterveydenhuolto – perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. Muistio.

Stakes (2006b): Terveiden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi - perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. Muistio.

Stakes (2006c): Seulontatutkimukset 3-7-vuotiaiden lasten terveydentarkastuksissa. Kyselytutkimus terveyskeskuksille huhtitoukokuussa 2006. Stakes, työpapereita 17/2006.

STKL (2005): Sosiaalibarometri 2005. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1999): Valtioneuvoston päätös - Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 – 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö 1999:16.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1999b): Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, valtakunnallinen suositus. Työryhmämuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a): Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus – tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002b): Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003): Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelma 2004 – 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a): Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b): Terveystenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005): Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä, 2005:7.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a): Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 14.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b): Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:33.

Valtiovarainministeriö (2002): Asiakirjayhdistelmä vuoden 2002 talousarviosta.

Valtiovarainministeriö (2003): Asiakirjayhdistelmä vuoden 2003 talousarviosta.

Valtiovarainministeriö (2006): Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriön tutkimukset ja selvitykset, 3/2006.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2002): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma – ohjelman toteutus ja vaikutus kunnissa. Tarkastuskertomus 40/2002. Valtiontalouden tarkastusvirasto.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2005): Yksityisten sosiaalipalveluiden valvonta. Tarkastuskertomus 101/2005. Valtiontalouden tarkastusvirasto.

Varjoranta Pirjo, Pietilä Anna-Maija: Kouluterveydenhuolto tänään - Selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. Stakes, Aiheita 4/1999.

Virtanen Juha V. ja Kovalainen Anne (2006): Lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. Terveydenhuoltotutkimus Suomen lääkirilehdessä 33/2006, s. 3247-3252.

Wiss, Kirsi; Kivimäki, Hanne; Kosunen, Elise; Rimpelä, Arja; Saariisto, Vesa ja Rimpelä, Matti (2006): Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa. Suomen lääkirilehti, painossa.

3. Haastattelut ja paikalliskäynnit

Haastattelut:

Stakes	18.8.2005
Sosiaali- ja terveysministeriö	31.8.2005
Itä-Suomen lääninhallitus	21.12.2005
Suomen Kuntaliitto	2.6.2006

Paikalliskäynnit seuraavien kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksiin:

Espoo	5.1.2006
Heinävesi	19.12.2005
Ilomantsi	21.12.2005
Jyväskylä	18.11.2005
Kainuun maakunta (Kajaani)	29.11.2005
Kemi	23.2.2006
Kotka	8.12.2005

Kuopio	20.12.2005
Lahti	9.11.2005
Lappeenranta	9.12.2005
Masku	16.12.2005
Oulu	28.11.2006
Pori	15.12.2005
Tervola	22.2.2006

Yllä mainittujen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtajille sekä lautakuntien puheenjohtajille suunnatut puhelinhaastattelut tehtiin pääosin helmi-maaliskuussa.

Vuodesta 2002 lukien ilmestyneet toiminnantarkastuksen tarkastuskertomukset

- 20/2002 Ympäristönsuojelun edistämisasiavustukset
- 21/2002 Riista- ja kalatalouden tutkimuslaitoksen tuloksellisuusraportointi
- 22/2002 Korkeakoulun osallistuminen teknologian siirtotoimintaan
korkeakoulun tutkimustulosten ja innovaatioiden siirtäminen yritysten hyödynnettäväksi
- 23/2002 Matkailun yritystuet
- 24/2002 Näennäisviljely
tavanomaisen viljelytavan valvonnan ongelmat
- 25/2002 Ulkopuolinen rahoitus yliopistojen tulosohjauksen näkökulmasta
esimerkkinä Jyväskylän yliopisto
- 26/2002 Kapiteeli Oy:n perustaminen – osa valtion kiinteistöstrategiaa
- 27/2002 Radanpidon taloudellisuus ja rataverkolla tapahtuva kilpailu
- 28/2002 EU-rahoituksen toteutuminen ohjelmakauden 1995 – 1999 rakennerahastohankkeissa
- 29/2002 Alueelliset taidetoimikunnat
- 30/2002 Ympäristölupien valvonta
erityisesti ilmansuojelun kannalta
- 31/2002 Maa- ja metsätalousministeriön luonnonvarastrategia ja porotalous
- 32/2002 Yliopistojen hankintatoimi
- 33/2002 Hätäkeskusten perustaminen
- 34/2002 Paikallisen poliisitoimen resurssointi
- 35/2002 Raha-automaattiyhdistyksen tuottojen tuloutus valtiolle
- 36/2002 Uudet palkkausjärjestelmät valtionhallinnossa
- 37/2002 Maataloustuen tavoitteet ja vaikutukset
tulotuen talousarvioperustelujen ja vaikuttavuuden arviointia
- 38/2002 Valtion erityisrahoitustoiminta
Finnvera Oyj
Suomen Teollisuussijoitus Oy

- 39/2002 Lääninhallitusten myöntämä ESR-rahoitus kehittämis- ja koulutushankkeisiin
- 40/2002 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma *ohjelman toteutus ja vaikutus kunnissa*
- 41/2002 Liikennesuoritteiden ohjailu
- 42/2003 Lähialueyhteistyöhankkeet
- 43/2003 Monitoimimurtajien hankinta ja kaupallinen toiminta
- 44/2003 Laki yritystoiminnan tukemisesta – Pk-yritysten kehittämishankkeet
- 45/2003 Suomen valtion maksuliikehankinta
- 46/2003 Tulosohjaus Suomen kahdenvälisessä kehitysyhteistyössä
- 47/2003 Määrärahojen alueellinen jakaminen
- 48/2003 Yhteiskunnallista erityistehtävää toteuttavien valtion-yhtiöiden omistajaohjaus
- 49/2003 Verohallinnon systeemityön ja atk- konsultointipalvelujen hankinnat
- 50/2003 Puolustushallinnon tukitoimintojen ulkoistamisen tila helmikuussa 2003
- 51/2003 Sektoritutkimustoiminnan ohjaus ja rahoitus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla
- 52/2003 Valtiovarainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 53/2003 Vesihuollon tukeminen
valtion osallistuminen vesihuollon järjestämiseen
- 54/2003 Raja- ja merivartijoiden rekrytointi ja koulutus
- 55/2003 Siviilipalvelus
- 56/2003 Tutkijakoulujen toiminta
- 57/2003 Alueelliset kuljetustuet
- 58/2003 Tilastokeskuksen palveluhankinnat
- 59/2003 Fyysinen tietoturvallisuus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla
- 60/2003 Joukkoliikennepalvelujen hankinnat
- 61/2003 Pelastustoimen kehittämishanke
- 62/2003 Valtakunnansyyttäjänviraston toiminta
- 63/2003 Maatilarakentamisen ja konehankintojen tukeminen
- 64/2003 Arktisen keskuksen näyttelytoiminta
- 65/2003 Ministeriöiden ohjaus eräissä Kansaneläkelaitoksen toimeenpanemissa sosiaaliturvaetuuksissa
- 66/2003 Ympäristötukien vaikuttavuus
energiatuet ympäristönsuojelun välineenä

- 67/2004 Säteilyn käytön valvonta
- 68/2004 Henkilöstön hankinta valtionhallinnossa
- 69/2004 Tuoteturvallisuusvalvonta
- 70/2004 Lentolisäjärjestelmä ja yhteyslentotoiminta Puolustusvoimissa
- 71/2004 Lasten ja nuorten psykiatrian valtionavustusmenettely
- 72/2004 Finpro ry:n toiminta
- 73/2004 Hansel Oy:n rakennejärjestelyt ja yhtiö osana valtion hankintatoimen strategiaa
- 74/2004 Ulkomaalaisviraston toiminta
lähinnä toimintaprosessien näkökulmasta tarkasteltuna
- 75/2004 Geodeettisen laitoksen toiminta
- 76/2004 Viranomaistoiminta harmaan talouden ja talousrikollisuuden torjunnassa
- 77/2004 Korruptio; riski kahdenvälisen kehitysyhteistyön tuloksellisuudelle
- 78/2004 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 79/2004 Oikeusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 80/2004 Valtion ydinjätehuoltorahasto
- 81/2004 Kansanopistojärjestelmä
- 82/2004 Innovatiivisten toimien alueelliset ohjelmat
- 83/2004 Valtion liikelaitoksia koskeva tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 84/2004 Resurssien käytön tuottavuuden hallinta
- 85/2004 Alkoholivalvonta
- 86/2004 Tutkimus- ja kehittämistoiminta liikenne- ja viestintäministeriössä
- 87/2004 Jätevero
- 88/2004 Valtionavustuslain ohjausvaikutus
- 89/2004 Paikalliset toimintaryhmät maaseudun kehittäjinä
- 90/2004 Kansallisen metsäohjelman toimeenpano
- 91/2004 Luonnonmukaisen tuotannon tukeminen
- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkais-tarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus
- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimilatahankkeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen

- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistönhoitopalvelujen hankinnat
Puitesopimus
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltamista käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998 – 2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen
kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö
- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattivastukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaalihankinnoissa
- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa

- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely
erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin kannalta
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulosojaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli – maakunnan kehittämISRahan sitomattoman osan käyttö
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus – *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*