

Viisivuotiaiden psyykkisen kehityksen arvioiminen lastenneuvolassa. Kokemuksia Pirkanmaan alueen terveystieteellisestä v. 1978—1979.

RITVA NUPPONEN, HELLEVI ASPLUND,
SIRPA HEIKKOLA JA RAIJA-LIISA LUSA

*Artikkelissa tarkastellaan viisi vuotta täyttävien lasten psyykkisen kehityksen arviointeja vuosina 1978 ja 1979 neljässä terveystieteellisessä, jotka palvelevat kymmentä Pirkanmaan kuntaa. Terveystieteellisen omien resurssien todettiin vaikuttaneen siihen, laajennettiin lastenneuvolan vuositarkastusta psyykkisen kehityksen arvioinneilla vai ei, ja miten suurelle osalle lapsista suunniteltiin arvioinnin perusteella jatkotoimia. Lisäksi jatkotoimien tarve oli suurempi hajas-
asutuskunnissa, joissa terveystieteellistä täydentäviä palveluja on vähän. Arviointien järjestämistapa vaikutti sen sijaan alueellisia tekijöitä selvemmin siihen, miten ison osan ikäluokasta arviointi kattoi.*

Lastenneuvolatyölle asetetut vaatimukset ovat viime vuosikymmenen kuluessa jatkuvasti laajentuneet. Keskustelua on käyty erityisesti neuvolan tehtävistä lasten psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen turvaamisessa. Yleisön toiveissa ja kritiikissä on painottunut lapsen psyykkistä kehitystä ja kasvatusta koskevan neuvonnan tarve. Ammattihenkilöiden piirissä on kiinnitetty huomiota psyykkisten häiriöiden ja kehitysongelmien ehkäisemiseen ja mm. uhkaavien oppimisvaikeuksien tunnistamiseen.

Lääkintöhallituksen työryhmä (1977) on ehdottanut lapsen kehityksen ja perheen tilanteen arvioimista mielenterveyden kannalta määräväuosina lastenneuvolan tavanomaisen vuositarkastusten yhteydessä. Tarkoituksena on varmistaa, että neuvola kiinnittää säännöllisesti huomiota lapsen psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen sekä mielenterveyden edellytyksiin. Ehdotuksen toteuttaminen vaatii kuitenkin runsaasti kehittä- ja tutkimustyötä. Monet terveystieteelliset ovat jo järjestäneet ikäluokka-arviointeja, mutta niiden tavoitteet, menetelmät ja toteutustavat ovat vaihdelleet eikä kokemuksia ole järjestelmällisesti koottu.

Kuvaamme tässä artikkelissa Pirkanmaan kasvatusneuvolan ja alueen terveystieteellisten yhteisiä kokemuksia viisivuotiaiden psyykkisen kehityksen arvioimisesta. Pääpaino on arvioinnin toteutustavoissa sekä alueellisissa edellytyksissä ja terveystieteellisten palveluresurssissa. Tarkastelemme niiden yhteyksiä arviointien kattavuuteen ikäluokassa, arvioinnin osoittamaan jatkotoimien tarpeeseen sekä suunniteltujen jatkotoimien toteutumiseen. Arviointimenetelmästä esitämme vain lyhyen kuvauksen. Olemme toisaalla (Nupponen ym 1981) pohtineet tarkemmin menetelmää lastenneuvolakäytännön kannalta.

KEHITYSARVIOINTI

Vuosina 1978 ja 1979 järjestettiin neljässä Pirkanmaan alueen terveystieteellisessä ensimmäiset psyykkisen kehityksen ikäluokka-arviointit. Nämä arviointit oli tarkoitettu lastenneuvolan tavallisten 5-vuotistarkastusten täydennykseksi. Kahdessa terveystieteellisessä arvioinnista huolehtivat terveydenhoitajat, kahdessa arvioinnin teki terveystieteellisyksikön psykologi. Lääkärin tarkastuksessa ja toimenpiteissä käsiteltiin arvioin-

neissa esille tullutta samaan tapaan kuin muitakin vuositarkastushavaintoja. Itse arviointiin lääkäri ei osallistunut.

Arviointimenetelmä laadittiin kasvatuseuvolan ja terveyskeskuspsykologien yhteistyönä. Arvioinnin runkona on joukko lapselle annettavia tehtäviä sekä vanhemmille esitettäviä kysymyksiä. Tehtävät valittiin niin, että käytettävissä olleiden tietojen mukaan 75—90 % viisi vuotta täyttäneistä lapsista suoriutuu niistä hankaluuksitta puolen tunnin aikana. Tehtävät antavat karkean kuvan lapsen havaintojen, kielellis-käsitteellisten toimintojen ja motoriikan tasosta. Tehtävistä saadaan myös havainnollisia lähtökohtia, kun vanhempien kanssa on tarpeen keskustella esimerkiksi lapsen keskittymisestä tai käden taitojen harjaannuttamisesta. Vanhemmille esitetään muutama kysymys lapsen leikeistä ja toverisuhteista, suhteista vanhempiin, itsenäisyydestä ja omatoimisuudesta, emotionaalisesta kypsyydestä sekä keskustelun tarpeesta kastelun, pelkojen tms. vuoksi.

Arviointi painottuu kognitiivisiin toimintoihin voimakkaammin kuin lapsen kokonaiskehityksen kannalta olisi suotavaa. Haastattelu ei välttämättä lavenna arviota tarpeeksi eikä valota osuvasti lapsen kehityksessä merkityksellisiä vuorovaikutussuhteita. Tehtävien ja kysymysten täydentäminen ja omien observaatioiden teko riippuu suuresti arvioivan henkilön tietopohjasta ja taidoista; käytettävissä olevat aikarajat ovat joka tapauksessa ahtaat. Selostamissamme arvioinneissa ei henkilökunnan taitoihin pyritty vaikuttamaan koulutuksella eikä työnohjauksella. Terveydenhoitajien saama opastus rajoittui kasvatuseuvolan pitämään valmennustilaisuuteen arviointeja aloitettaessa.

Terveydenhoitajien tueksi arviointiohjeisiin liitettiin pisteitys ja suositukset tapauksista, joissa tulisi ottaa yhteyttä kasvatuseuvolaan. Terveydenhoitajat tekivät arvioinnin tavanomaisen 5-vuotistarkastuksen yhteydessä. Vanhempien kanssa keskusteltiin kehitysarviointeissa esille tulleista asioista niin kuin muistakin tarkastuksissa havaituista kysymyksistä. Neuvolat ilmoittivat varanneensa koko tarkastukseen 45—60 minuuttia lasta kohden ja pyrkinensä joustavaan ja kiireettömään ajankäyttöön.

Psykologin tekemään psyykkisen kehityksen tarkastukseen oli varattu aikaa 60 minuuttia. Psykologi täydensi yhteistä runkoa observoinnilla, tapauksen mukaisilla li-

sätehtävillä ja vanhempien haastattelulla. Tarkastukseen kuuluvassa keskustelussa käsiteltiin sekä psykologin havaitsemia että vanhempien esittämiä asioita. Psykologin tarkastuksessa ei sovellettu erillisiä pisterajoja, vaan tutkimus tähtäsi kokonaiskuvaan lapsen psyykkisistä kehitystuloksista, kehitysedellytyksistä ja tarpeista sekä kasvuympäristöstä.

ARVIONTIEN JÄRJESTÄMISTAVAT

Kehitysarviointien tarkastelussa kunnat ryhmittyvät ensin sen perusteella, onko ko. terveyskeskuksessa 5-vuotiaiden psyykkisen kehityksen arvioinnista vastannut terveydenhoitaja — kuten Lempäälän-Vesilahden ja Pirkkalan terveyskeskuksissa — vai psykologi (taulukko 1). Psykologin tarkastukset taas ovat eronneet tiedottamis- ja järjestämistapojen suhteen. Niihin viitataan tässä artikkelissa lyhyesti nimityksillä ”toteutus-tapa A (Kangasala)” ja ”toteutus-tapa B (Ylöjärvi)”. Kolmas kuntia ryhmittävä tekijä on alueellinen. Se osoitetaan tässä artikkelissa lyhyesti nimityksin ”taajamakunta” ja ”haja-asutuskunta”.

Kangasalan seudun terveyskeskuksessa on pyritty tiedottamaan neuvolan tarkastuksista kaikkien 5-vuotiaiden vanhemmille. Tavallisin terveydenhoitaja on perheen aloitteesta tai itse kutsun esittäen varannut lapselle ajan neuvolan 5-vuotistarkastukseen ja psykologille. Psykologin tarkastus pyrittiin sijoittamaan samalle neuvolakäynnille kuin terveydenhoitajan tarkastus. Niiden molempien jälkeen lapsi tuli uudelle käynnille lääkärinneuvolaan. Kunkin tarkastuskerran jälkeen terveydenhoitaja ja psykologi neuvottelivat ja ottivat tapauskohtaisesti yhteyttä lääkäriin. Yhdessä neuvolassa pidettiin työryhmäneuvottelu säännöllisesti kerran kuukaudessa.

Ylöjärven-Kurun terveyskeskuksessa pyrittiin Kurun osalta samantapaiseen käytäntöön kuin Kangasalla. Ylöjärvellä psykologin tarkastuksesta tiedotettiin vain perheille, joista lapsi oli tuotu terveydenhoitajan 5-vuotistarkastukseen. Vanhemmat varasivat sen jälkeen ajan psykologilta ja lääkäriltä. Psykologin ja lääkärin tarkastusten järjestys vaihteli.

Kaikkiin 5-vuotiaille tarjottuihin tarkastuksiin osallistuva lapsi joutui siis käymään neuvolassa kolme eri kertaa. Tarkastetuista lapsista pidettiin kerran kuukaudessa psykologin valmisteleva työryhmäneuvottelu psykologin, terveydenhoitajan, lääkärin ja

Taulukko 1. Kuntien ryhmittely ja 5-vuotiaiden psyykkisen kehityksen arvioinnin toteutustavat.

Kehitysarvioinnin suorittanut työntekijä	Taajamakunta	Haja-asutuskunta
Psykologi Toteutustapa A	Kangasala	Kuhmalahti, Sahalahti, Luopioinen, Pälkäne Kuru 1978
Psykologi Toteutustapa B	Ylöjärvi	Kuru 1979
Terveydenhoitaja	Lempäälä, Vesilahti Pirkkala	—

puheterapeutin kesken.

Lempäälän-Vesilahden sekä Pirkkalan terveyskeskuksissa arvioinnit lisäsivät 5-vuotistarkastukseen varattua aikaa, mutta muuten tarkastuskäytäntö säilyi ennallaan. Säännöllisiä kutsuja tarkastukseen ei näissä terveyskeskuksissa lähetetty.

ALUEELLISET TEKIJÄT JA PALVELUT

Taulukkoon 2 on koottu alueellisista tekijöistä muutamia kuntia kuvaavia tietoja, jotka perustuvat Pirkanmaan kasvatusneuvolan kuntainliittosuunnitelmaan (1980) ja sisältävät tiivistelmää 1970-luvun virallisista tilastoista. Taulukon tarkoitus on kiinnittää huomiota niihin oloihin, joissa kuntalaiset tarvitsevat ja käyttävät terveyskeskuksen

palveluita. Kunnan taajama-aste osoittaa samalla elinkeinoelämän monipuolisuutta. Kaikista kunnista asioidaan paljon Tampereella, jossa sijaitsevat myös kasvatusneuvolan ja mielenterveystoimiston vastaanotot sekä keskussairaala.

Kaikkien neljän terveyskeskuksen kunnat ovat Pirkanmaan kasvatusneuvolan kuntainliiton jäseniä ja saavat palvelunsa Tampereen toimistosta lukuunottamatta Pälkänettä, jota palvelee kasvatusneuvolan Valkeakosken toimisto. Tiheimmin asutuista ja toimistoa lähinnä olevista kunnista on sekä absoluutisesti että suhteellisesti ollut runsaammin asiakkaita ja asiakaskäyntejä kuin reuna-alueilta. Kasvatusneuvolan muut kuin asiakaskohtaiset palvelukset — ammattikasvat-
tajien työhöjaus ja konsultointi, vanhem-

Taulukko 2. Alueellisia tekijöitä kuvaavia tietoja kunnista.

Kunta	Asukas- luku 1978	Asukas- luvun kehitys- suunta	Asukkaista %		Etäisyys Tampereelta km
			alle 19 v.	taaja- missa	
Kangasala	18200	+	29	60	15–30
Kuhmalahti	1200	—	17	—	45–70
Sahalahti	1900	0	27	50	25–45
Pälkäne	3800	—	24	40	20–40
Luopioinen	2800	—	21	30	45–60
Ylöjärvi	12200	+	31	75	10–25
Kuru	3300	—	22	40	45–90
Lempäälä	12400	+	28	77	15–35
Vesilahti	3100	—	24	—	35–50
Pirkkala	9200	+	32	79	6–15

paintilaisuudet ym — taas korreloivat kunnan omien palvelujen ja erityisesti koulujen, erityisopetuksen sekä päiväkotien määrään. Niitä on runsaimmin taajamissa eli samoissa kunnissa, joissa myös kaupan ja liikenteen palvelut ovat kehittyneimmät ja asukkaiden matkat palveluihin lyhyimmät.

Terveyskeskusten omat palvelumahdollisuudet vaihtelevat jonkin verran. Taajama-alueilla asiakkaiden on helpointa käyttää neuvolaa mm. lyhyiden matkojen, liikenneyhteyksien ja vastaanottojen lukumäärän ansiosta. Kangasalan seudun ja Ylöjärven-Kurun terveyskeskuksissa on ollut psykologi sekä puheterapeutti, mikä lisää terveyskeskuksen toimintavalmiutta erityisesti lasten psyykkisen kehityksen kysymyksissä. Lastenneuvoloiden yhteyksiä kasvatusneuvolaan hoidetaan pääasiassa puhelimitse eikä säännöllisin konsultaatio- ja koulutusta-paamisin.

Taulukosta 1 näkyy, ettei terveydenhoitaja ole tehnyt tässä käsiteltäviä psyykkisen kehityksen arviointeja yhdessäkään haja-asutuskunnassa. Alun perin suunniteltiin arviointien järjestämistä myös Urjalassa, joka kuuluu Etelä-Pirkanmaan kansanterveystyön kuntainliittoon ja saa palveluja kasvatusneuvolan Tampereen toimistosta. Taulukon 2 tietoja ajatellen Urjala muistuttaa lähinnä Kurun kuntaa. Palveluiltaan Kuru ja Urjala ovat samantapaisessa asemassa. Urjalan käytettävissä ei kuitenkaan ollut terveyskeskuspsykologia eikä puheterapeuttia. Terveydenhoitajat ovat huolehtineet sekä lastenneuvoloista että muista terveydenhoitajien tehtäväalueista.

Näissä oloissa Urjalan terveydenhoitajat pitivät neuvolan 5-vuotistarkastusten laajentamista tässä käsiteltävillä psyykkisen kehityksen arvioinneilla liian aikaavievänä. Arviointiin osallistuneiden terveydenhoitajien työ onkin tapahtunut pääasiassa neuvoloissa tai neuvolatyöhön on varattu suurempi osa työajasta kuin muihin tehtäviin. Laurin (1977) selvityksen mukaan terveydenhoitajien mahdollisuudet syventää omaa työtään neuvoloissa näyttävät kytkeytyvän alueellisiin tekijöihin. Koko maassa on haja-asutusalueiden terveydenhoitajilla ollut harvemmin kuin kaupungeissa tilaisuus keskittyä pääasiassa lastenneuvolatyöhön. Urjalan jäämistä tässä artikkelissa esiteltävien psyykkisen kehityksen ikäluokka-arviointien ulkopuolelle voidaan pitää selvityksessämme ensimmäisenä esimerkkinä alueellisten tekijäin ja terveyskeskuksen palveluresurssien vaikutuksista.

KEHITYSARVIOINTIEN KATTAVUUS

Psyykkisen kehityksen ikäluokka-arviointien kattavuudesta on tietoja taulukossa 3, josta näkyy arvioitujen osuus 5-vuotiaiden ikäluokasta. Tiedot koskevat vain niitä lapsia, jotka olivat vielä elo-syyskuussa 1980 saman neuvolan kirjoissa kuin viisi vuotta täyttäneisiin. Olemme pyytäneet neuvoloita myös ilmoittamaan, minkä verran nämä lapset ovat käyttäneet neuvolan muita palveluksia. Koska neuvolain vuositilastot eivät ole ikäluokkakohtaisia, saatiin terveyskeskuksista hieman eri perustein kootut tiedot.

Psykologille saapuneita oli suunnilleen puolet ikäluokasta, kun tieto psykologin tarkastuksesta toimitettiin pelkästään niille, jotka saapuivat neuvolan 5-vuotistarkastukseen (toteutustapa B). Tiedon saaneistakin lapsista jäi saapumatta isompi osa kuin niistä, jotka saivat tiedon suoraan kotiin (toteutustapa A). Toteutustavalla A tavoitettiin siis suurempi osa ikäluokasta. Lisäksi neuvolapiirien väliset erot psykologille saapuneiden lasten osuuksissa olivat selvästi isommat toteutustapaa B käytettäessä. Terveydenhoitajan tavalla esitellä psykologin tarkastusta lienee merkitystä erityisesti silloin, kun tarkastus vaatii asiakkaalta ylimääräistä aikaa ja vaivaa.

Taulukosta 3 voidaan todeta, että toteutustapaa A käytettäessä psykologin tarkastukseen saapui molempina vuosina noin 90 % ikäluokasta. Haja-asutuskunnissa osallistuminen oli yhtä yleistä kuin taajamassa, tavoitettiinpa parissa pienessä kunnassa 5-vuotiaat sataprosenttisesti. — Samalla tavoin kävi toisen terveyskeskuksen haja-asutuskunnassa (Kuru): kaikki kutsutut tulivat psykologin tarkastukseen.

Psykologin tarkastukseen osallistuminen (toteutustapa A) vastaa muilta terveyspsykologeilta saamiamme arvioita, joiden mukaan henkilökohtaisesti kutsutuista 4- ja 5-vuotiaista 80—90 % tulee tarkastukseen. Ensimmäisessä vastaavassa tarkastuksessa eli vuosina 1972—74 Tampereella tehdyssä kokeilututkimuksessa psykologille saapui kutsuttuna 90 % neuvolapiirin 2- ja 4-vuotiaiden ikäluokista (Lepistö ym 1974, Lepistö & Nieminen 1976).

Terveydenhoitajien arvioimien lasten osuus ikäluokasta on ollut pienempi kuin psykologin tarkastamien (toteutustapa A). Terveydenhoitajat eivät tehneet psyykkisen kehityksen arviointia kaikille 5-vuotistarkastukseen tulleille, mutta arvioitujen osuus

Taulukko 3. Viisivuotiaiden psyykkisen kehityksen arvioinnin toteutuminen v. 1973 ja 1974 syntyneiden ikäluokassa.

Psyykkisen kehityksen arviointitapa	Neuvolaa käyttäneitä ikäluokasta ¹⁾ %		Arvioitujen osuus%				Ikäluokan koko = lasten lkm	
	1973	1974	ikäluokasta		neuvolaa käyttäneistä		1973	1-4
			1973	1974	1973	1974		
<u>Psykologi A</u>								
Taajamakunta	90	96	92	87	—	—	230	264
Haja-asutuskunnat	100	98	90	96	—	—	101	81
<u>Psykologi B</u>								
Taajamakunta	85	78	45	60	53	77	165	182
<u>Terveydenhoitaja C</u>								
Taajamakunnat	72	97	57	75	80	78	278	340

¹⁾ Neuvolan käyttö:

A Vähintään yksi käynti terveydenhoitajalla tai lääkäriellä 6. ikävuoden aikana.

B Vähintään yksi neuvolakäynti ajalla 5-vuotispäivä \pm 2 kk.

C Neuvolan 5-vuotistarkastukseen osallistuminen.

vuositarkastuksessa käyneistä on ollut perättäisinä vuosina sama. Arvioitujen lasten osuudet ikäluokasta eroavatkin lähinnä siksi, että näinä vuosina neuvolan 5-vuotistarkastukseen saapuneiden osuuksissa on iso ero. Tämän eron syyt eivät ole tiedossa.

Edellä esitetyt tiedot osoittavat, että osana neuvolan tarkastusrutiinia psyykkisen kehityksen arviointi voidaan tehdä lähes koko ikäluokalle. Silloin on mahdollista kiinnittää erityistä huomiota katoon (vrt. Lääkintöhallitus 1974) ja selvittää, mitkä poisjäämiset johtuvat muutoista, perheen haluttomuudesta jne. Osallistumistiedoista näkyy erikoisesti *arvioinnin järjestämistavan* merkitys. Jos vanhemmat saavat tiedon psyykkisen kehityksen arvioinnista samalla kuin muistakin neuvolan palveluksista eikä se vaadi ylimääräistä neuvolakäyntiä, arviointiin voidaan ilmeisesti tavoittaa valtaosa haja-asutusalueidenkin ikäluokasta.

SUUNNITELLUT JATKOTOIMET

Taulukkoon 4 on koottu psyykkisen kehityksen arvioinnissa jatkotoimia tarvitseviksi todettujen lasten määrät siitä riippumatta, onko lapselle suunniteltu jatkotoimia ollut yksi vai useita erilaisia.

Taulukosta näkyy, että kumpikin psykologi on seulonut perättäisinä vuosina jatkotoimiin yhtä suuren osan ikäluokasta. Jokaisen lapsen jatkotoimien tarve on kuitenkin arvioitu erikseen eikä etukäteen asetettu mitään prosenttiosuusrajoja. Vain osan ikäluokasta tarkastanut psykologi (toteutustapa B) on suunnitellut jatkotoimia isommalle osalle lapsista. Koko ikäluokan tarkastamiseen varautuneella psykologilla on kuitenkin ollut selvästi vähemmän työaikaa käytettävissä jatkotoimiin. Hän onkin varannut vähemmän tarkistuskäyntejä lasten 6-vuotispäivän tienoille.

Taulukon 4 luvuissa heijastuu lasten tarpeiden erilaisuus haja-asutusalueilla ja taajamissa, mikä osaksi seuraa kasvuympäristöjen rajoituksista. Esimerkiksi lapsen sosiaalinen kehitys ja itsenäistyminen voi viivästyä ja kouluvalmiuskin vaarantua toveriseuran puutteesta tai maataloudesta ja sen rinnalla ulkopuolisesta ansiotyöstä huolehtivien vanhempien aika ja taito ei riitä lapsen kielen, keskittymiskyvyn ja käden taitojen ohjaamiseen, vaan tarvittaisiin ohjattua toimintaa kodin ulkopuolelta.

Suurin osa jatkotoimista on antanut aihetta terveyskeskuksen omiin palveluksiin. Lukuihin ei ole laskettu neuvolalääkärille

Taulukko 4. *Jatkotoimia tarvitseviksi arvioitujen viisivuotiaiden lukumäärä sekä osuus arvioiduista ja koko ikäluokasta.*

Psykkisen kehityksen arviointitapa	Taajamakunnat		Haja-asutuskunnat	
	1973	1974	1973	1974
<u>Psykologi A</u>				
Jatkotoimia tarvitsevia lapsia	43	49	24	25
– osuus tarkastetuista	20%	21%	26%	32%
– osuus ikäluokasta	19%	19%	24%	31%
<u>Psykologi B</u>				
Jatkotoimia tarvitsevia lapsia	46	55	18	14
– osuus tarkastetuista	62%	50%	69%	74%
– osuus ikäluokasta	28%	30%	69%	41%
<u>Terveydenhoitaja</u>				
Seuranta tai kasvatuseuvolaan tarvitsevia lapsia	15	51	–	–
– osuus arvioiduista	9%	20%	–	–
– osuus ikäluokasta	5%	15%	–	–

välitettyjä kysymyksiä, ellei lääkärintarkastus ole ollut osa muuta jatkotoimintaa. Pääosa jatkotoimista on ollut psykologin vastuulla. Niihin kuuluvat lisätutkimukset tai neuvonta lapsen erityistarpeiden, kodin kasvatustoteutusten ja vanhempien huolenaiheiden vuoksi. Tämä jatkotyöskentely on vaatinut 1–5 käyntiä psykologilla tarkastuksen jälkeen. Lisäksi jatkotoimiin kuuluu psykologin itsensä toteuttama seuranta, jos se on edellyttänyt ainakin yhtä käyntiä psykologilla.

Pienempi osa jatkotoimista on merkitty terveydenhoitajan vastuulle, jolloin on edellytetty myös työryhmäkäsittelyä tai psykologin ja terveydenhoitajan keskinäistä konsultaatiota. Tällöin suunnitelmaan on kuulunut tiettyjen asioiden käsittely neuvontamielessä tavallisilla neuvolakäynneillä tai lapsen elämässä erityisesti seurattavia seikkoja, joita on varauduttu tutkimaan uudelleen, mikäli terveydenhoitajan havainnot antavat siihen aiheita. Kolmanteen jatkotoimien pääryhmään kuuluvat lapset, joiden kehityksen turvaamiseksi psykologi ja puheterapeutit ovat olleet yhteistyössä.

Terveyskeskuksen omien toimien sijasta tai niiden rinnalla on noin 10 prosentilla psykologin tarkastamista lapsista katsottu olleen ulkopuolisten palvelusten tarvetta. Psykologi on esimerkiksi suositellut kasva-

tussyistä päiväkotia tai kerhoa ja tarvittaessa tukenut paikan hankkimista lausunnolla. Joitakin lapsia on ohjattu jatkotutkimusten ja hoidon tarpeen vuoksi kasvatuseuvolaan, muutama keskussairaalan lasten- tai lastenpsykiatrian poliklinikalle. Muutamissa perheissä on lapsen kehitystarkastuksen yhteydessä ilmennyt aikuisten ongelmia ja hoidon tarvetta siinä määrin, että on päädytty ohjaamaan vanhemmat mielenterveys-toimistoon, perheasiain neuvottelukeskukseen tai a-klinikalle. Kysymys on ollut uusista tapauksista eikä perheistä, joilla jo on jokin em. kaltainen hoitosuhde.

Taulukossa 4 ilmoitetut terveydenhoitajien arvioinnin jatkotoimet ovat jakautuneet kumpanakin vuonna puoliksi neuvolan oman seurannan ja kasvatuseuvolaan ohjattujen kesken. Neuvolassa tehtävän seurannan sisällöstä ei ole tietoja. Kasvatuseuvolaan ohjattujen osuus arvioiduista on vain vähän suurempi kuin psykologin tarkastamista kasvatuseuvolaan ohjattujen osuus. Koska psykologin (A) luvuista puuttuvat pelkkiä puheterapeutin toimia tarvitsevat lapset, jotka taas terveydenhoitajien on ollut määrää ohjata kasvatuseuvolaan, voidaan päätellä terveydenhoitajien arvioineen jatkotoimien tarpeen melko varovaisesti.

Suunniteltujen jatkotoimien yleisyydestä

on muistettava, etteivät luvut kuvaa psykisten häiriöiden tai oireiden määrää ikäluokassa. Arvioinnin tehtävä ei ole osoittaa vaurioita, vaan auttaa työntekijöitä tunnistamaan perheen ja lapsen tarpeet täsmällisemmin ja monipuolisemmin kuin ilman sitä olisi mahdollista. Epäselvissä tapauksissa päädytään jatkotutkimuksiin. Kodin edellytykset ja saatavilla olevat palvelut ratkaisevat, mitä kautta lapsen havaittuihin kehitystarpeisiin tai ongelmiin pyritään vaikuttamaan.

JATKOTOIMIEN TOTEUTUMINEN

Terveydenhoitajien tekemän kehitysarvioinnin jatkoksi suunnitellun seurannan sisällöstä ja toteutumisesta ei ole tietoja. Käytävissä ei ole myöskään tietoja siitä, ovatko seurantaa tarvinneet lapset käyttäneet neuvolan tavanomaisia palveluja enemmän vai vähemmän kuin ikäluokkansa.

Suurin osa psykologin tarkastuksen jatkotoimista terveyskeskuksessa on ollut psykologin itsensä tehtävänä. Suunniteltuun uuteen tapaamiseen ovat kunnasta riippumatta saapuneet lähes kaikki lapset, joille oli sovittu uusi käynti psykologilla puolen vuoden sisällä tarkastuksesta. Vuoden päähän eli 6-vuotispäivän tienoille suunnitelluista uusintakäynneistä on sovittuna aikana toteutunut vain 30—50 %.

Molemmissa terveyskeskuksissa näyttää siis psykologille suunnitellun jatkokontaktin — seurannan, tarkistusten, neuvonnan — toteutuminen riippuneen tarkastuksen jälkeen jätetyn väliajan pituudesta. Väliajan merkitykseen viittaa sekin, että puheterapeutille saapui molemmissa terveyskeskuksissa noin 80 % psykologin tarkastuksesta ohjatuista lapsista. Heidät oli yleensä tarkoitukseen saada puheterapeutin vastaanotolle mahdollisimman pian psykologin tarkastuksen jälkeen.

Jatkotoimien toteutumista terveyskeskuksen ulkopuolella on selvitetty yksityiskohtaisesti kasvatusneuvolan osalta. Psykologit olivat ohjanneet arvioinneista kasvatusneuvolaan kaikkiaan 38 ja terveydenhoitajat 32 lasta. Heistä saapui kasvatusneuvolaan puolet, yhtä iso osa psykologin kuin terveydenhoitajan ohjaamista. Saapumatta jääneiden osuus on huomattava, koska käyntejä oli suunniteltukin varsin pienelle osalle ikäluokasta. Sitä paitsi kasvatusneuvola on psyykkisen kehityksen alueella tar-

kein erikoispalvelu, jolla terveyskeskus voi täydentää omia toimiaan.

Suunniteltujen jatkotoimien toteutumisessa ei havaittu selviä eroja haja-asutuskuntien ja taajamien välillä. Sen sijaan jatkotoimien toteutumisen tarkastelu korostaa terveyskeskuksen omien palvelujen merkitystä. Terveyskeskuksissa, joissa on psykologi ja puheterapeutti, jatkotoimia oli suunniteltu suuremmalle osalle ikäluokasta. Näissä terveyskeskuksissa on ainakin suunnitelman ensimmäinen osa eli jatkokontakti toteutunut niillä lapsilla, joilla jatkotoimia pidettiin kiireellisimpinä. Terveyskeskuksissa, joissa ei ollut psykologia eikä puheterapeuttia, kasvatusneuvolan oli määrä korvata myös näitä. Terveydenhoitajat ovat kuitenkin ohjanneet kasvatusneuvolaan pienen osan ikäluokasta. Suositelluistakin on puolet jäänyt saapumatta. Osa tästä kadosta on todennäköisesti poistettavissa parantamalla terveyskeskuksessa ohjaustapaa ja nopeuttamalla jatkokontaktin tarjoamista kasvatusneuvolasta.

Jatkotoimiin on joka tapauksessa syytä kiinnittää huomiota, mikäli kehitysarviointeja tehdään. Kesken jäävät suunnitelmat merkitsevät, ettei lapsi ole saanut parasta tarjolla olevaa palvelua. Pelkkä arviointi ei hyödytä lasta eikä arviointitilaisuudessa käytävä keskustelu riitä kaikkien lasten ja perheiden tarpeisiin. Neuvolatarkastusten yhteydessä tehdyistä selvityksistä päätellen leikki-ikäisten vanhemmista 30—40 prosentilla on kasvatusneuvonnan tarvetta (Lepistö ym 1974, Lepistö & Nieminen 1976, Lauri 1980). Arvioinnin jatkotoimien keskittyminen 10—15 prosenttiin tai vieläkin pienempään vähemmistöön korostaa yksipuolisesti arviointeja seulana, jolla valikoidaan kiireellisesti hoitoonohjattavia tapauksia. Lastenneuvolan toimintaperinne ja pyrkimys ehkäisevään työskentelyyn edellyttäisi, että arviointia voidaan käyttää vanhempainohjauksessa yksilöllisen neuvonnan alueiden tunnistamiseen. Selostamiemme arviointien menetelmä pisterajoineen on siinä suhteessa selvästi puutteellinen (Nupponen ym 1981).

TARKASTELU

Tässä artikkelissa olemme kiinnittäneet huomiota kysymyksiin, joilla on merkitystä neuvolapalvelujen suunnittelun ja resursoinnin kannalta. Tietääksemme ei psyykkisen kehityksen arvioinneista neuvoloissa ole aikaisemmin esitetty vastaavia, lähinnä so-

siologisen tason tietoja. Aikaisemmat tutkimukset ovat kyllä osoittaneet välttämättömäksi kehittää arvioimismenetelmiä, työntekijäin taitoja ja neuvolan toimintaedellytyksiä, mikäli lasten terveystarkastuksia laennetaan psyykkisen kehityksen suuntaan (Lepistö ym 1974, Lepistö & Nieminen 1976, Lauri 1977, Lauri 1979, Nupponen 1981).

Pirkanmaan neljää terveyskeskusta koskeva katsauksemme on tuonut esiin kunta-laisten elinoloihin vaikuttavien *alueellisten tekijäin* yhteyksiä niinkin pieneen osaan kansanterveystyön toiminnoista kuin on neuvolan 5-vuotistarkastuksen laajennus psyykkisen kehityksen arvioinnin avulla. Kuten odottaa sopii, alueellisten tekijäin vaikutus on pääasiassa välillistä eivätkä taa-jama- ja haja-asutusalueiden erot toistu välttämättä samanlaisina maan eri puolilla. Sitä paitsi selvityksestäkin näkyy palvelusta tiedottamisen ja palvelujen joustavan organisoimisen merkitys.

Pääosa alueellisista vaikutuksista välittyy neuvolan toimintoihin *terveyskeskuksen palveluresurssien* kautta. Lasten kasvuympäristön synnyttämästä palvelujen tarpeesta mainittiin jo edellä. Hankalia matkoja neuvolaan ja työesteitä voidaan tehokkaasti lievittää vasta, kun vanhemmat saavat oikeuden neuvolakäynteihin työaikana. Vastaanottojen joustavuuden lisääminen ja paikkakunnan erityisolujen huomioiminen vaatii terveyskeskuksessa lisätyövoimaa. Sama koskee toiminnan laadun kehittämistä. Neuvolan vuositarkastusten monipuolistaminen mm. psyykkisen kehityksen arvioin-

nilla edellyttää runsaampaa ajankäyttöä asiakasta kohti sekä terveydenhoitajille tilaisuutta valmentautua tähän työmuotoon. Pelkin hallinnollisin toimin ei kehitysarvioinneista saada asiakaskuntaa hyödyttävää ja neuvolatoiminnan laatua parantavaa uudistusta. Useissa terveyskeskuksissa psyykkisen kehityksen ikäluokka-arvioinnit vaativat lisää terveydenhoitajatyövoimaa sekä runsaasti koulutusta ja työnohjausta. Jälkimmäisistä osa voidaan hankkia terveyskeskuksen psykologin ja puheterapeutin avulla eli resurssilisäyksen, jotka samalla parantavat terveyskeskuksen mahdollisuuksia vastata kehitysarviointien esille tuomiin tarpeisiin.

Selvitys antaa viitteitä myös terveyskeskuksen ja erikoistuneiden palveluorganisaatioiden välisen *yhteistyön* tarpeista ja ehdoista. Tehokas yhteydenpito terveyskeskuksen ja kasvatuseuvolan välillä edellyttää kummassakin organisaatiossa tiettyjä työvoimaresursseja, joita nykyisin ei useinkaan ole tarpeeksi. Kasvatuseuvola voi varsin rajoitetusti korvata terveyskeskuksen omia taitoja henkilöresursseja (Nupponen ym. 1981). Vuosikautia kestävä koulutus- ja konsulttiyhteistyö lisää kyllä neuvolahenkilökunnan taitoja (Nupponen 1981), mutta se vaatii huomattavasti intensiivisempää työpanosta kuin selvityksen kunnille on voitu kasvatuseuvolasta järjestää. Psykologin ja puheterapeutin saaminen terveyskeskukseen ei välttämättä vähennä kasvatuseuvolaan ohjattavien asiakkaiden määrää. Se voi kuitenkin lisätä yhteistyövalmiutta ja vaikuttaa asiakas- ja konsulttiyhteistyön laatuun.

SUMMARY

Nupponen R, Asplund H, Heikkola S and Lusa R-L. The assessment of five-year-old children's psychological development in the Pirkanmaa child health centers in 1978-1979. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti • Journal of Social Medicine 1981;18:161-169.

In the Finnish public health care system the tasks of the child health centers are systematic health and developmental follow-up of preschool children and health education with parental guidance in child care. The article deals with the assessments of children's psychological development carried out in connection with the standard five-year health examinations in the Pirkanmaa child health centers. In 1978-1979 a psychologist or a public health nurse assessed about 1600 children by using a developmental scale.

The personnel resources at the health center, i.e. the availability of psychological and

speech therapeutic services as well as the variety of the public health nurse's tasks, influenced the decision whether the psychological assessment was carried out in connection with the standard health examination or not, and the proportion of the children to whom further measures were planned on the basis of the assessments. In addition, it was observed that the need for further measures was greater in the sparsely populated areas where there are fewer social and health services to complement the services offered by the health center. However, the way of organizing the psychological assessments influenced more than the regional factors to the proportion of the age class covered by the assessments. When the psychological and health examinations were carried out on the same visit to the child health center and when the notice was sent to the child's home, 90 per cent of the age class participated in the examinations; the sparsely and densely populated areas did not differ in this respect.

KIRJALLISUUS

Lauri S. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työ 0-6-vuotiaiden lasten terveydenhoidon neuvonnassa. Lapsiraportti B 24. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki 1977.

Lauri S. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työ 1-2-vuotiaiden lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjaajana. Joensuun korkeakoulun julkaisuja A 13. Tampere 1979.

Lauri S. 1-4-vuotiaan lapsen toiminnallinen kehitys ja siihen yhteydessä olevat ympäristötekijät. Pitkitäistutkimus 1-4-vuotiaista lapsista. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja no 235, 1980.

Lepistö H ja Nieminen P. Kasvatuspalvelut lastenneuvolassa. Psykologitoiminnan tutkimus. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia no 102, 1976.

Lepistö H, Nupponen R ja Nieminen P. Kasvatuspalvelut äitiys- ja lastenneuvoloissa. Selostus kokeilusta Tampereella. *Psykologia* 1974;9:113-119.

Lääkintöhallitus. Ohjeet lasten neuvontatoiminnan tehostamisesta terveyskeskuksissa. Ohjekirje Dno 1371/529/74, 1974.

Lääkintöhallituksen työryhmä. Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen. Työryhmämietintö. Helsinki 1977.

Nupponen R. Leikki-ikäisten lasten neuvolakäynnit ja yksilöllisen huomion tarve. 133 tamperelaislapsen terveystietojen tarkastelu. Kansanterveyden julkaisuja M 63/81. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos, Tampere 1981.

Nupponen R, Asplund H, Heikkola S ja Lusa R-L. Seulontaa vai opastusta? Psykkisen kehityksen ikäluokka-arvioinnit lastenneuvoloissa. *Psykologia* 1981;16 (painossa).

Psykologian laitos
Tampereen yliopisto
PL 607
33101 Tampere 10