

ENNALTAEHKÄISEVÄ TYÖ LASTEN, NUORTEN JA
PERHEIDEN PALVELUISSA

Aino Syrjänen
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalihuollintiede
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja
terveysjohtamisen laitos
Kesäkuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta
sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaalihalvintotiede

SYRJÄNEN, AINO: Ennaltaehkäisevä työ lasten, nuorten ja perheiden palveluissa

Pro gradu -tutkielma, 91 sivua

Tutkielman ohjaajat: Professori Vuokko Niiranen

YTM Alisa Puustinen

Kesäkuu 2012

Avainsanat: ennaltaehkäisevä työ, ennaltaehkäisevä palvelu

Tutkimukseni selittää, mitä on ennaltaehkäisevä työ lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Tutkimuskuntani ovat Kuopio, Hämeenlinna ja Harjavalta. Teoreettinen viitekehys on Bronnenfennerin ekologinen teoria, jossa lapsen, nuoren ja perheen kehitys ja kasvu tapahtuu mikro-, meso-, ekso- ja makrotasojen välisessä vuoropuhelussa. Ennaltaehkäisevän työn käsitelmäärityksessä tarkastelin sosiaalihalvinnon taustaa, sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatiota, ennaltaehkäiseviä kotipalveluita ja perhetyötä ja yhteisöpohjaisia ennaltaehkäiseviä ohjelmia. Kaikki nämä edellä mainitut ennaltaehkäisevän työn eri muodot ovat havaittavissa kuntien kirjoitetuissa ohjelmissa ja toiminnassa joko makrotasolta vaikuttaen tai ekso-, meso- tai mikrotasolla selvemmin toiminnan kautta näkyen. Tarkastelin ennaltaehkäisevien palveluiden verkostoa ja ennaltaehkäiseviä palveluita lastensuojelun, terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja nuorisotyön sekä vapaa-ajan palveluiden näkökulmasta. Tutkimuskunnissa nähtiin peruspalvelut ennaltaehkäisevän työn toteuttajina, vaikka korjaavissakin palveluissa oli tarkoituksena ennaltaehkäisevä työote. Hämeenlinnassa ja Kuopiossa hyödynnettiin elinkaaripolitiikkaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden järjestämisessä. Palveluita tuotetaan monituottajamallilla yhteistyössä järjestöjen kanssa. Käytännössä muutoksen suunta on kaupungeissa sama eli halutaan vähentää raskaampien palveluiden käyttöä. Tutkimuskunnissa on luotu entistä tiiviimmin yhteistyökäytänteitä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden järjestäjien kesken lastensuojelusuunnitelmaa tehdessä. Sosiaali- ja terveystoimella nähdään olevan ennaltaehkäisevässä työssä selkeä koordinointi- ja seurantavastuu.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business

Studies

Department of Health and Social Management, Social Management Science

SYRJÄNEN, AINO: Preventive work for children, youth and family services

Master's thesis, 91 pages

Thesis supervisors: Professor Vuokko Niiranen

Researcher, M.Sci. Alisa Puustinen

June 2012

Keywords: preventive work, preventive service

My research analyses what is preventive work in services meant for children, young people and families. My research municipalities are the city of Kuopio, Hämeenlinna and Harjavalta. The theoretical framework is Bronnenfenner's ecological theory, in which a child, youth and family development and growth occurs in the micro-, meso-, exo-and macro-level dialogue. I am defining the concept of preventive work with categories social administration, social and health care modernization, universal preventive home services, and family work and community-based prevention programs. All of these above-mentioned preventive work aspects are visible in the documents of the municipalities. I examined a service network of the children, youth and families in the preventive work point of view. The service network consisted of child protection, health care, early childhood education and youth work and leisure services. The basic services were seen as important actors in preventive work, although also the child protection services included preventive measures. Hämeenlinna and Kuopio are using a life-cycle policy. Services are produced in multifield context. The direction of the change is same, to reduce the heavier use of services. There were co-operation practices for children, youth and family services when making the plan for the child protection in the municipalities. Social and health services are seen as responsible coordinators for the preventive work.

SISÄLTÖ:

1 JOHDATUS ENNALTAEHKÄISEVÄÄN TYÖHÖN	3
2 EKOLOGINEN TEORIA JA ENNALTAEHKÄISEVÄN TYÖN TASOT	6
3 ENNALTAEHKÄISEVÄ TYÖ	10
3.1 Aineisto	10
3.2 Sosiaalihuollon taustaa	10
3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatio	13
3.4 Kotipalvelut lapsiperheille	15
3.5 Perhetyö	18
3.6 Yhteisöpohjaiset ohjelmat	20
4 ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT	25
4.1 Palveluiden verkosto	25
4.2 Lastensuojelu	29
4.3 Terveyspalvelut	33
4.4 Varhaiskasvatus	36
4.5 Sivistystoimi	38
4.6 Nuorisotyö ja vapaa-ajan palvelut	41
5 KUNTIEN MAKROYMPÄRISTÖ	44
6 TUTKIMUSAINEISTO	49
6.1 Kuopio	51
6.2 Hämeenlinna	61
6.3 Harjavalta	67
6 ANALYYSI	73
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	78
8 LÄHTEET	86
Kuva 1. Teoreettinen viitekehys (muk. Bronfenbrenner)	9
Kuva 2. Kirjallisuus katsauksen yhteenveto	24
Kuva 3. Perheiden palveluiden verkosto ennaltaehkäisevän työn eri tasoilla	26
Kuva 4. Kaupungin eri strategioiden suhde toisiinsa	50
Kuva 5. Lapsen hyvinvoinnin jatkumo Kuopion kaupungissa (2010b, 6.)	56
Kuva 6. Kuopion kaupungin suppilomalli (Syrjänen 2010, 54.)	60
Kuva 7. Hämeenlinnan kaupungin (2010, 5) strategisen suunnittelun asiakirjat	63
Kuva 8. Hämeenlinnan kaupungin (2009b, 16) lasten ja nuorten hyvinvointiprosessit	67
Kuva 9. Osallisuuden ja syrjäytymisen vähentymisen indikaattorit (THL 2012.)	74
Kuva 10. Hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymisen ja terveyserojen kaventumisen indikaattorit (THL 2012.)	76
Kuva 11. Ennaltaehkäisevä työ lasten, perheiden ja nuorten palveluissa yhteenveto	79
Taulukko 1. Kirjallisen katsauksen yhteenveto	24
Taulukko 2. Varhaiskasvatuksen ennaltaehkäisevän työn tasot (Varhaisen tuen käsikirja 2010; Syrjänen 2010, 28.)	37

Taulukko 3. Taiteen ja kulttuurin soveltaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä (Liikanen 2010, 27)	43
Taulukko 4. Hämeenlinnan kaupungin (2009b, 13) ikäkausijaottelu	66

1 JOHDATUS ENNALTAEHKÄISEVÄÄN TYÖHÖN

Lasten, nuorten ja perheiden parissa työskentelevät näkevät perheiden arjen ja tietävät ennaltaehkäisevien palveluiden tarpeen olevan todellista. Suomessa on lähivuosina noussut uudenlaisia nuorten ja lapsiperheiden pahoinvoinnin ilmiöitä päivän valoon. Nuorten ampumiset ja perhesurmat ovat järkyttäneet maamme. Usein herää kysymys, onko palvelujärjestelmämme puutteellinen ennakoimaan lasten, nuorten ja perheiden tarpeita, onko palveluita resursoitu oikein vai voivatko lapset, nuoret ja lapsiperheet oikeasti huonommin kuin edellisinä vuosikymmeninä.

”Kunnissa kauhistellaan lastensuojelumenojen jatkuvaa kasvua. Lastensuojeluun käytetään niissä jo yli 600 00 miljoonaa euroa. Summa on viidessä vuodessa kasvanut lähes 200 000 miljoonaa euroa(...) Koulunkäyntiavustajien määrä on moninkertaistunut 1990-lukuun verrattuna. Samaan aikaan erityisopetuksen määrä on lähes viisinkertaistunut ja lasten ja nuorisopsykiatrian kulut ovat kaksinkertaistuneet(...) Parikymmentä vuotta sitten noin 60 000 lapsiperhettä sai apua arjen pyörittämiseen, jos taakka kävi vanhemmille ylivoimaiseksi. Kotona lapsiaan hoitaneen äidin sairastuttua kodinhoitaja tuli laittamaan ruokaa, hoitamaan lapsia ja siivoamaan, kunnes äiti toipui. Nyt tilapäisen avun saaminen ilman lastensuojelun asiakkuutta on lähes mahdotonta... Kunnissa ei liikene rahaa ehkäisevään perhetyöhön, vaikka monessa tilanteessa lyhytaikainenkin apu voisi pelastaa perheen katastrofilta(...) Jo yhden lapsen huostaanoton vuosittaisilla kuluilla voidaan palkata parikin perhetyöntekijää, jotka ehtivät auttamaan kymmeniä perheitä.” (Helsingin Sanomat pääkirjoitus 18.12.2011.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve kasvaa ikäihmisten palveluiden osalta 20 vuoden sisällä kaikissa maamme kunnissa. Lasten ja perheiden palveluiden määrä kasvaa pääosin isommissa kaupungeissa. Lastensuojelumenukset sekä lasten ja nuorten korjaavat

palvelut ovat olleet viime vuosina kasvussa. Valtiovarainministeriön (2012, 50) mukaan kunnille on kyettävä järjestämään nykyistä vaikuttavammat mahdollisuudet järjestää monialaisesti lasten ja nuorten palvelut. Kuntien ja valtakunnan päättäjät, tutkijat ja sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattilaiset puhuvat ennaltaehkäisevästä työstä ja sen merkityksestä ihmisen ja kuntien hyvinvoinnille, mutta kuinka puhe vastaa itse palvelujärjestelmää ja onko perheiden tarpeet otettu riittävän varhain huomioon palveluita järjestettäessä.

Tutkimus on osoittanut, että ennaltaehkäisevä työ ja terveyden edistäminen ovat uhattuina organisaatiomuutosten ja leikkausten aikana (Richard & Pineault & D'Amour & Brodeur & Seguin & Latour & Labadie 2005, 400, 405–406). Kohtaamme ison valtakunnallisen kuntauudistuksen ja myös miljardien leikkaukset; ovatko kunnissa meneillään olevat palvelu- ja rakennemuutokset ennaltaehkäisevän työn edistäjiä vai uhkaajia? Uuden kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (Kaste 2012- 2015) tavoitteena on ainakin siirtää painopistettä ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4.) Valtakunnallisena tahtotilana on sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksessa ennaltaehkäisevän työn ja sitä mahdollistavien rakenteiden lisääminen eli ongelmien ehkäiseminen.

Työni syventyy ennaltaehkäisevään työhön ja sen mahdollistaviin rakenteisiin kunnissa, sillä ennaltaehkäisevän työn käsitteen analysoiminen tuntui minusta mielenkiintoiselta lähtökohdalta. Sosiaaliala on yksi ennaltaehkäisevän työn keskeinen areena ja Bracht (2000, 5) näkee siten myös sosiaalialan työntekijöiden koulutuksessa olevan tarvetta ennaltaehkäisevään osaamiseen panostamisessa.

Tutkimuskysymys on, mitä on ennaltaehkäisevä työ lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Teoreettinen viitekehys on Bronfenbrennerin ekologinen teoria, joka auttaa hahmottamaan laajempien muutosten vaikutuksia yksilöiden ja perheiden elämään. Tutkimuksessa etsin kirjallisuuden avulla vastausta siihen, mitä on ennaltaehkäisevä työ. Tämän jälkeen avaan lasten, nuorten ja perheiden palveluverkostoa ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta. Analysoin kolmen kunnan Kuopion,

Hämeenlinnan ja Harjavallan aineistoja ennaltaehkäisevän työn ja lasten, nuorten ja perheiden palveluiden näkökulmasta.

Tutkimukseni on osa Sosiaalipalvelut kunta- ja palvelurakenne SOTEPA tutkimusta. SOTEPA on Itä-Suomen yliopiston, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen tutkimushanke. SOTEPA kuuluu Paras-arviointitutkimusohjelma ARTTU:un, joka on monialainen ja viisivuotinen tutkimusohjelma (2007 -2012). Tutkimusohjelma on valmisteltu ja käynnistetty yhteistyössä seitsemän ministeriön, Kunnallisen eläkevakuutuksen (Keva), kuuden yliopiston sekä tutkimusohjelmaan valittujen 40 tutkimuskunnan kanssa. Tutkimuskuntani ovat mukana hankkeessa. Tutkimusohjelman rahoituksesta vastaavat Kuntaliitto yhdessä ministeriöiden, Kevan ja tutkimuskuntien kanssa. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2010, 11–15.)

2 EKOLOGINEN TEORIA JA ENNALTAEHKÄISEVÄN TYÖN TASOT

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys nojaa Bronfenbrennerin ekologiseen teoriaan. Perheiden palvelujärjestelmä ja kuntien muuttuvat prosessit tarvitsevat kattavan ja eri tasojen muutoksia ja muutoksien vaikutuksia eri tasoilla ymmärtävän teorian analyysin taustalle.

Ekologisen teorian mukaan ympäristö koostuu sisäkkäin rakennetuista järjestelmistä: mikro-, meso-, ekso- ja makrosysteemistä. 1) Mikrosysteemi on toimintojen, roolien ja henkilöiden välisten suhteiden kokonaisuus, jonka kehittyvä yksilö kokee tietyssä konkreettisessa, fyysiset ja aineelliset piirteet omaavassa ympäristössä. 2) Mesosysteemi käsittää yhteydet ja prosessit, jotka toimivat kahden tai useamman sellaisen ympäristön välillä, joihin kehittyvä yksilö osallistuu. Mesosysteemi on mikrosysteemien systeemi. 3) Eksosysteemi käsittää kahden tai useamman ympäristön väliset yhteydet ja prosessit, joista ainakin yksi ei sisällä kehittyvää yksilöä, mutta joissa ilmenee tuon henkilön sisältävän välittömän ympäristön prosesseihin vaikuttavia tapahtumia. 4) Makrosysteemi viittaa niihin yhdenmukaisuuksiin, joita muiden tasojen muodoissa tai sisällöissä on tai voisi olla. Makrotaso manifesoituu mikro-, meso- ja eksosysteemien tasolla ilmenevinä yhdenmukaisina arvoina sekä ajattelu- ja toimintamalleina. (Puroila & Karila 2001, 207- 208, 214; Bronfenbrenner 1979,22, 25-26.)

Peruslähtökohtana ekologisessa teoriassa on oletus kehityksen tapahtumisesta yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena. Bronfenbrenner näkee yksilön lähiympäristön lisäksi laajempienkin yhteiskunnallisten ja kulttuuristen ympäristöjen vaikuttavan yksilön kehitykseen. Bronfenbrennerin ekologinen teoria ei kohdistu perinteisiin psykologisiin prosesseihin kuten ajatteluun, motivaation tai oppimiseen, vaan kiinnostuksen kohteena ovat prosessien sisältö, mitä ajatellaan, toivotaan ja tiedetään. Ekologisessa teoriassa tarkastellaan sitä, miten psykologisten prosessien sisältö muuttuu yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Bronfenbrennerin mukaan tieteellisesti relevantti ympäristö ei rajoitu vain havaittavaan ympäristöön, vaan tärkeämpinä kasvun ja kehityksen kannalta hän näkee yksilöiden tilanteille ja

olosuhteille antamat merkitykset. (Puroila & Karila 2001, 205- 208; Bronfenbrenner 1979, 9, 17.)

Bronfenbrenner näkee kehityksen olevan muutoksen jatkuvuutta sekä ajan että paikan suhteen. Muutos tapahtuu hänen mukaan sekä yksilön käsityksissä että toiminnassa. Teorian mukaan kehitys jatkuu koko ihmisen eliniän ajan. Kehityksen tuloksena ja sen edetessä kehittyvä yksilö kykenee käsittämään ja käsittelemään yhä enemmän tilanteita ja tapahtumia välittömän ympäristön ulkopuolella. Kehitykseen liittyy yksilön mentaalisen ja toiminnallisen maailman laajeneminen mikrosysteemistä kohti makrosysteemiä. Ekologisessa teoriassa kehitys ilmenee kontekstuaalisena, mutta myös ylittävät ympäristöjen väliset rajat. Bronnenfenner näkee tämän kestäväenä muutoksena tavassa, jolla yksilö käsittää ja käsittelee ympäristöään. Puroila tutkijaryhmineen näkee muutoksen tästä näkökulmasta kehityksenä silloin, kun muutoksella on kantavuutta yli ajan ja paikan. (Puroila & Karila 2001, 207, 214- 215; Bronfenbrenner 1979, 3, 28.)

Bronfenbrennerin ekologiseen teoriaan pohjautuen ennaltaehkäisevä työ paikantuu neljälle eri tasolle. Mikrotasolla ennaltaehkäisevä työ on kotona, varhaiskasvatuksessa, koulussa ja vapaa-ajalla tapahtuvaa vuorovaikutusta välittömän ympäristön kanssa. Näissä eri mikrotason ympäristöissä lapsella, nuorella ja perheellä on erilaisia rooleja ja toimintaa. Miten lapsi, nuori ja perhe kokevat nämä mikrosysteemin piirteet, toimivatko ne ennaltaehkäisevästi heidän arjessaan ja lähellä heitä? Mesosysteemi aktivoituu, kun lapsi, nuori tai perhe kohtaa toisen mikrosysteemin. Kun lapsi aloittaa päivähodon, kohtaa lapsi kodin lisäksi uuden mikrotason ympäristön. Bronnenfennerin mukaan tämä ekologinen siirtymällä ja mesotason tapahtumilla voi olla yhtä keskeinen merkitys yksilölle kuin yhdellä mikrosysteemillä on (Bronfenbrenner 1979, 6). Siten varhaiskasvatuksen, koulun, vapaa-ajan palveluilla ja niiden ennaltaehkäisevällä työotteella on merkitystä lapsen, nuoren ja perheen tilanteille ja niiden toimiessa hyvin, voidaan ennaltaehkäistä monia yksilön ja perheen ongelmia myös kotiympäristössä. Näiden mikrotasojen välinen vuorovaikutus voi vahvistaa ennaltaehkäisevää työtä tai sitten toimia sitä heikentäen. Esimerkiksi lapsen kodin ja varhaiskasvatuksen välisen vuorovaikutuksen toimiessa huonosti, voi varhainen puuttuminen vain edelleen heikentää tätä kasvatuskumppanuutta. Ennaltaehkäisevä työ näyttääkin vaativan

yhteistä ymmärrystä tilanteesta ja yhteistoimijuutta, jotta se voisi toimia tarkoituksenmukaisesti ennaltaehkäisten ongelmia. (Puroila & Karila 2001, 208, 209.)

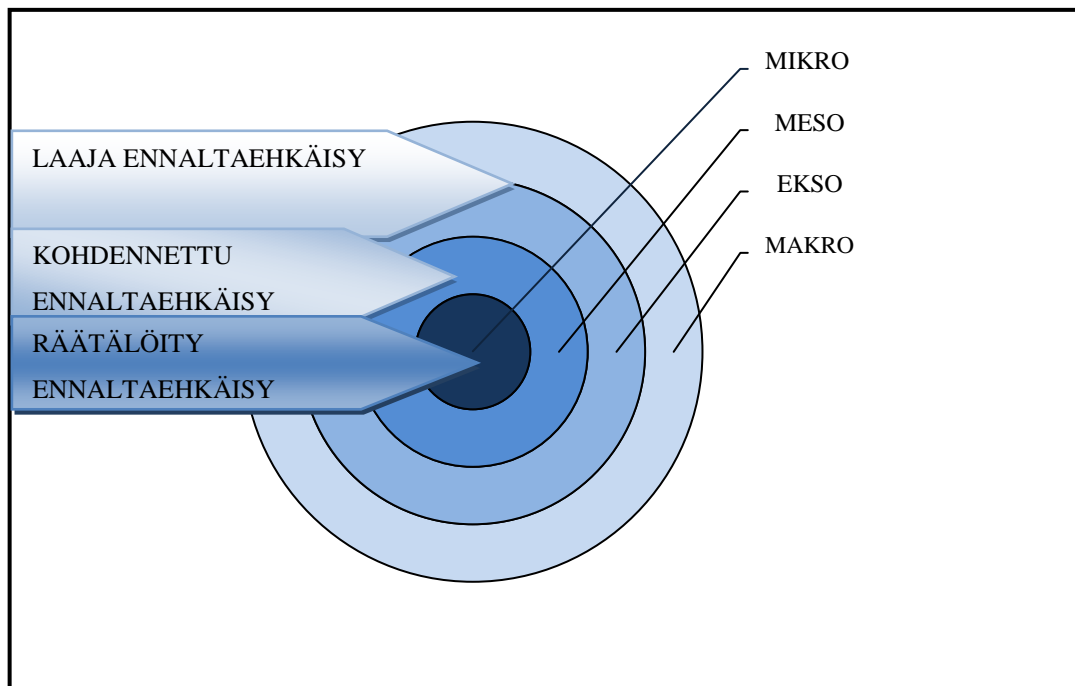
Ekosysteemien vaikutus yksilön kehitykseen tapahtuu välillisesti, sillä ne ovat laajempia ympäristön tasoja kuten vanhempien työolosuhteet. Jos vanhempien työolosuhteet eivät anna mahdollisuutta lapsen tai nuoren ennaltaehkäisevän työn toteutumiseen, jää hyvä tarkoitus ennaltaehkäistä toteuttamatta. Esimerkiksi nuori on ollut sijoitettuna avohuollon tukitoimenpiteenä runsaan alkoholin käyttöönsä vuoksi ja nuoren siirryttäessä takaisin kotiin, vaatii se vanhemman läsnäoloa enemmän. Jos vanhemman työpaikka ei jousta nuoren kotiutumisen tukemiseksi, jää vanhempi ristiriitaiseen tilanteeseen eri systeemien välille. Nuoren kokemus lyhyen sijoituksen merkityksestä ja sen vaikuttavuudesta voi myös olla toisenlainen, jos kotiutuminen onnistuu vanhemman ollessa enemmän läsnä nuoren sijoituksen päättyessä. (Puroila & Karila 2001, 208- 209.)

Ennaltaehkäisevän työn arvostaminen yhteiskunnassa ja ennaltaehkäisevän työn mahdollistavien rakenteiden luominen kunnissa edustavat makrosysteemiä. Yhteiskunnan sisällä tapahtuva eriytyminen voidaan myös sisällyttää makrotasolle, ketkä käyttävät eniten ennaltaehkäiseviä palveluita, kenelle on suunnattua ennaltaehkäisevät palvelut? Ennaltaehkäisevien palveluiden eriytyvä käyttäminen vaikuttaa myös yksilöiden ja perheiden kehitykseen ja hyvinvointiin. Ketkä hakeutuvat aktiivisemmin ennaltaehkäiseviin palveluihin? Muodostuuko yhteiskuntamme sisälle eri makrosysteemejä ennaltaehkäisevän työn ympärille, palveleeko lapsille, nuorille ja perheille suunnattu ennaltaehkäisevä työn verkosto yhteiskunnassamme kaikkia sosioekonomisesta asemasta riippumatta? (Puroila & Karila 2001, 209.)

Tutkimuksessani liikun Bronfenbrennerin ekologisen teorian sisältämällä neljällä eri tasolla. Ennaltaehkäisevän työn jakaminen myös eri tasoille auttaa hahmottamaan ennaltaehkäisevän työn eri toimintakenttää. Sirviön, Mönkkösen, Hoffrenin, Roineen ja Lappalaisen (2011) kehittämä ennakoivan toiminnan jaottelu pohjautuu sairauksien ehkäisyyn eri tasojen (primaari, sekundaari- ja tertiaaripreventio) hyödyntämiseen palvelukokonaisuuksien näkökulmasta (ks. kappale 4.3). Ennakoivan toiminnan jaottelu käsittää kolme palvelukokonaisuutta: laaja ennaltaehkäisy (primääri preventio),

kohdennettu ennaltaehkäisy (sekundaari preventio) ja räätälöity ennaltaehkäisy (tertiaalinen preventio). 1) Laajassa ennaltaehkäisyssä toiminta kohdistuu laajaan joukkoon ja laajalle yleisölle. Tämä tarkoittaa tiettyihin laajoihin ryhmiin suunnattua toimintaa, jonka tarkoituksena on herättää ihmisen tietoisuutta terveyttä edistävästä asioista. Asioita ei lähestytä niinkään riskien ja ongelmien kautta eikä lähtökohtana ole myöskään seuloa. 2) Kohdennetussa ennaltaehkäisyssä tarve yksilöityy ja kohdentuu tiettyihin yksilöihin ja yhteisöihin. Tällä alueilla olevaa toimintaa kuvataan esim. syrjäytymisen ehkäisyä, huolen puheeksi ottamisena, varhaisena puuttumisena tai mukaantulona. Tässä palvelualueella liikutaan jo vahvemman palvelun piirissä, jolloin pyrkimyksenä on koko ajan takaisinohjaus. 3) Räätälöidyssä ennaltaehkäisyssä ongelma on jo syntynyt ja ennakoivia toimia tarvitaan yksilön tai yhteisön selviytymiseen omassa arjessaan. Näillä palveluilla lisätään niitä toimia, joilla pyritään estämään asiakkaana olevan yksilön tai yhteisön ongelmien vaikeutuminen. Yhteistyötä asiakkaan läheisten ja luonnollisten tukiverkoston kanssa tulee hyödyntää ja heidän osaamistaan vahvistaa, jotta he voivat tukea omaistaan. (Sirviö ym. 2011, 125- 129.)

Tutkimukseni teoreettisessa viitekehyksessä (Kuva 1.) on mukailtu Bronfenbrennerin ekologista teoriaa ja sen eri tasoja, johon voidaan sijoittaa Sirviön ym. ennaltaehkäisevän työn eri tasot.



Kuva 1. Teoreettinen viitekehys (muk. Bronfenbrenner)

3 ENNALTAEHKÄISEVÄ TYÖ

3.1 Aineisto

Perehdyin ennaltaehkäisevän työn käsitteeseen kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Hain seuraavilla hakusanoilla tutkimuskysymykseeni vastauksia: ennaltaehkäisevä (ARTO), preventive AND management AND work (Business Source Elite, EBSCO), preventive AND work and reform (EBSCO, CINAHL), Preventive AND social care AND health care (EBSCO), Preventive work AND reform (PubMed), preventive AND work AND reform (Social Sciences Citation Index, ISI, Web of Science). Hakutulokseksi sain 357 pääosin kansainvälistä artikkelia, joista valitsin noin 100 sosiaalihuollon kontekstiin sopivaa artikkelia. Suoritin lisähaun keskittyen lasten ja perheiden palveluihin. Lisähaun suoritin asiasanoilla: preventive AND child protection ja preventive AND family services. Tutkimukseen sopivampia artikkeleita löytyi EBSCO ja ISI tietokannoista. Hakutulokseksi sain 561 artikkelia, joista valitsin 50 artikkelia soveltuen suomalaiseen palvelujärjestelmään. Selvennän ennaltaehkäisevää työtä seuraavien alaotsikoiden avulla: sosiaalihuollon taustaa, sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatio, kotipalvelut lapsiperheille, perhepalvelut ja ennaltaehkäisevät yhteisöpohjaiset ohjelmat. Lukemani artikkelit ja kirjallisuus nostivat esille nämä keskeiset teemat puhuttaessa ennaltaehkäisevästä työstä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden osalta.

3.2 Sosiaalihuollon taustaa

Suomessa eriarvoisuus on lisääntynyt 1990- vuoden laman jälkeen, vaikka keskimääräiset reaalitulot kasvoivat. Ylempien tuloluokkien tulot kasvoivat selvästi voimakkaammin kuin keskimääräiset tulot. (Tuomala 2009, 362.) Suomi on yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa julkisen sektorin toimintaa halutaan kaventaa ja kannustaa ihmisiä hyödyntämään palveluita aiemmin ja ehkäistä raskaiden ja kustannukseltaan kalliiden palveluiden käyttöä. Tämä näkemys edustaa Tuomalan

(2009, 385) mukaan mikrotaloudellista näkemystä, jossa julkinen sektori hoitaisi lähinnä sosiaaliturvan, koulutuksen ja terveydenhuollon. Makrotaloudellinen näkemys näkee hyvinvointivaltion sosiaali- ja talouspolitiikkana asettaen etusijalle taloudellisen eriarvoisuuden vähentämisen ja yksilöiden suojaamisen sosiaalisten ongelmien kohdatessa. (Tuomala 2009, 385.) Onko ennaltaehkäisevän puheen taustalla aito halu kohdentaa palvelut aiemmin vastaamaan kansalaisten tarpeita ja ammattikuntien yhteinen halu tehdä yhteistyötä yli ammattirajojen ja totuttujen tapojen? Onko kyse ennaltaehkäisevän työn mahdollistavien rakenteiden puuttumisesta, sillä nykyisessä sosiaalihuoltolaissa (1982) linjatut työn periaatteet mahdollistaisivat ennaltaehkäisevän työn toteutumisen.

Sosiaalihuollon periaatekomitea linjasi jo noin 40 vuotta sitten (1971) sosiaalihuollon periaateiksi radikaalisti aiemmasta sosiaalihuollon erityisyydestä ja leimallisuudesta poikkeavat periaatteet: palveluhenkisyys, pyrkimys normaalisuuteen, valinnanvapaus, luottamuksellisuus, ennaltaehkäisy ja omatoimisuuden lisääminen. Taustalla oli voimistunut käsitys ongelmien yhteiskunnallisista vaikutussuhteista ja samalla näkemys yhteiskunnan laajemmasta vastuusta sekä kansainväliset ihmisoikeuskeskustelut. Sosiaalihuoltolaki (1982) säädettiin näiden periaatteiden taustalta ja keskustelu lain uudistamisesta on parhaillaan käynnissä. (Pohjola 2010, 25–26.) Ennaltaehkäisevä työ on tämän periaatekomitean mukaan laajempaa vastuuta ihmisestä ja yhteiskunnasta. Asiakkuudet sosiaali- ja terveystaloudissa perustuvatkin kansalaisuuteen ja hyvinvointivaltiossa kaikki kansalaiset ovat oikeutettuja palveluihin. Sosiaali- ja terveystaloudien käyttäjiä emme voi rajata, mutta yhteiskunnallisten muutosten myötä ideologian muuttuminen kansalaisista kuluttajiksi, on tehnyt myös yhä enemmän oikeuksistamme valintoja. (Pohjola 2010, 46–47; Viinamäki 2008, 29; Weissman & Rosenberg 2008, 512.) Me voimme valita itse palveluiden tuottajan niissä palveluissa, joissa on mahdollista valita eri palveluiden tuottajien väliltä. Omien valintojen tekeminen antaa toisaalta myös tunnetta oman elämän hallinnasta ja omasta elämän asiantuntijuudesta. Sosiaalipalveluiden näkökulmasta herää kysymys, lisääkö järjestelmän tarjoama valinnanvapaus välinpitämättömyyden tunnetta kansalaisten keskuudessa? Sosiaalipalveluissa kohdataan niitä asiakkaita, joilla ei ole usein valinnanvapautta valita palveluista ja he eivät näe elämäntilanteensa tarjoavan usein valinnanvapautta omatoimisille päätöksille. Julkusen mukaan (2008, 202)

markkinalähtöisessäkin järjestelmässä voisi valinnanvapautta suunnata myös niille, joilla sitä ei ole aiemmin ollut ja siten lisätä tasa-arvoa.

Valinnanvapauden mahdollistajia ovat yksityisten vaihtoehtojen tarjoaminen, hyvinvointimarkkinat ja yksityiset sosiaalivakuutukset. Henkilökohtainen budjetti on yksi vaihtoehto valinnanvapauden lisäämisessä. Palveluita voi valita ulkopuolisilta palveluntuottajilta ja myös omalta perheeltä, omaisilta ja ystäviltä. Henkilökohtaista budjettia (palveluseteliä) käytetään enemmän ikäihmisten hoivapalveluissa, mutta se soveltuu myös lasten hoivaan esimerkkinä palvelusetelit lapsiperheiden kotipalveluihin (Patronen & Melin & Tuominen- Thuesen ym. 2012, 8.) Useat kunnat kannustavat lapsiperheitä valitsemaan yksityiset varhaiskasvatuspalvelut maksamalla yksityisen päivähoiton tukeen kuntalisiä. Yksityisten palveluntuottajien osuus lastensuojelulaitosten ja perhekotien hoitopäivistä on 67,5 prosenttia vuonna 2010. Kunnan oma tuotanto oli kalliimpaa kuin ostopalvelut. (VM 2012, 38, 40.) Yksityisten tarjoamat palvelut antavat myös kunnalle valinnan mahdollisuuksia palveluiden tarjoamisessa kuntalaisilleen. Vaikka valinnanmahdollisuus ohjaisikin palvelujen kehittämistä asiakkaiden mielen mukaisiksi eli asiakaslähtöisiksi, vain osa asiakkaista pystyy tekemään rationaalisia valintoja johtuen epäsymmetrisestä informaatiosta tai avuttomuudesta. (Julkunen 2008, 201–203.) Toisaalta Herbert Simonin teoria (1972, 176) ihmisen rajoittuneesta rationaalisuudesta näkee kaikkien ihmisten olevan tiedollisesti rajoittuneita tehdessään päätöksiä eri vaihtoehtojen väliltä.

Asiakkaan asemaa vahvistavia näkökulmia on haettu markkina-ajattelusta ja kuluttaja ja loppukäyttäjä- ajattelusta sosiaali- ja terveystaloudessa. Tämä on korostanut suuren hyödyn siirtämistä asiakkaalle palveluprosessissa. Pohjola kysyykin, miten sitten määrittäyty ennaltaehkäisevän työn loppukäyttäjäksi, vai olisiko hän sittenkin palvelun alkukäyttäjäksi? (Pohjola 2010, 57.) Suomalaisen nopea kasvaminen alamaisesta kansalaiseksi ja yhteiskuntapolitiikan liikkeellepaneavasta voimasta sen keskeisimmäksi harjoittajaksi vaati Pekka Kuusen (1968, 4) mukaan 1970-luvulla sopeutumista ja opettelua tähän uuteen rooliin. Uudelleensopeutumista rooliimme ja uudenlaista sosiaalihalintoa ja -politiikkaa vaatii myös 2010- luvun kuluttaja- ja asiakasnäkökulma sosiaalipalveluissa, mihin sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatio paljon perustuu.

3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatio

Ennaltaehkäisevien palveluiden tuotannossa korostuu monialaisuus, yksityisten ja järjestöjen osallisuus ja yhteistyön merkitys. Viime vuosien aikana on ollut esillä vahva julkisen politiikan diskurssi yhteisöstä ja sen verkostoista. Sosiaaliset, taloudelliset ja poliittiset verkostot muodostavat yhteyksiä yli organisaatorajojen. Verkostoilla ei ole usein johtajaa, vaan päätökset tehdään neuvotteluissa. Terveiden edistämässä ja ennaltaehkäisevässä työssä tällainen verkostojen välinen yhteistyö on avainasemassa. (Walker 2002, 531.) Niiranen ja Kinnunen (2010, 28–29) kirjoittavat, että 2010-luvun alussa ovat voimistuneet yhtäältä keskustelu ongelmien ehkäisystä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja toisaalta vaatimukset markkinaperusteisten toimintamallien sekä kansalaisten oman vastuun lisäämisestä. Kaikki nämä modernisaation piirteet ovat esillä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden muutoksissa vaikuttaen myös ennaltaehkäisevään työn organisointiin ja sen ymmärtämiseen.

Sosiaalipalveluissa asiakas kohdataan eri tavoin sopimuksellistetussa arjessa. Tämän taustalla ovat julkisen johtamisen johtamisopit kuten uusi julkisjohtaminen (new public management) ja sopimusjärjestelmät tilaaja-tuottaja-malleineen. (Laitinen & Pohjola 2010, 12.) 1980-luvulla alkoi hyvinvointivaltiota koskeva kritiikki voimistua ja Yhdysvalloissa Ronald Reaganin ja Isossa-Britanniassa Margaret Thatcherin oikeistohallitukset ajoivat suuria muutoksia verotuksen ja julkisen sääntelyn purkamisen suhteen. (Tuomala 2009, 385- 385.) Liiketoimintaprosessin uudistaminen alkoi yleistyä 1990-luvulla hallinnon ja johtamisen työkaluna Euroopassa korostaen tehokkuutta ja työn tuloksellisuutta. Sosiaalitieteissä perinteinen liiketoimintaprosessin uudistaminen (business process reengineering, BPR) on saanut kritiikkiä sen ylirationaalisuudesta, joka ei ota huomioon organisaation moninaisuutta toimijoiden ja intressien suhteen. Vaikka tayloristisen ajattelun hyödyntäminen ei ollut uutta, levisi BPR monen yrityksen ja myös amerikkalaisen yhteiskuntapolitiikan toimintaperiaatteisiin 1990-laman aikoina. BPR sisältää kolme keskeistä elementtiä: avainprosessien tunnistamisen, tietoteknologian hyödyntämisen ja radikaalin ”ylhäältä-alas” ajattelun ja nopean

toimeksipanon. Sovellettua BPR-ajattelua on käytetty julkisissa organisaatioissa tehostamaan julkisia palveluita. (Albizu & Olazaran 2006, 43–44.) Onko ennaltaehkäisevän työllä yhteyttä palveluiden tehostamiseen ja sovellettuun BPR-ajatteluun?

Suomessa ja muualla Euroopassa sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatioissa on nähtävillä vaikutuksia englantilaisesta ja amerikkalaisesta sosiaalipolitiikasta. Moderni terveys- ja sosiaalihuolto ovat tulosjohteista keskittyen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. Sosiaalihuollon palvelut ovat orientoituneet itsenäisyyden ja kontrollin edistämiseen, hyvinvoinnin edistämiseen ja sairauksien (ill-health) ennaltaehkäisyyn (preventing). Sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatio viittaa useisiin uudistuksiin tarkoituksena muuttaa prosesseja ja terveyden käytäntöjä, paikallisten viranomaisten käytäntöjä, palveluiden tuloksellisuuden parantamista laatua ja johdonmukaisuutta korostaen, tiivistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja parantamalla yksilöllisiin palveluihin pääsemistä. Esimerkiksi Englannissa räätälöidyt ja yksilökeskeiset (person-centred) lähestymistavat ovat keskeisiä politiikalle (life checks, community well-being). Integroitu työ on saanut laajemman tarkoituksen kuin vain sosiaali- ja terveyshuollon yhteistyö ja terveyttä ja hyvinvointia tavoitellaan myös kulttuurin, liikunnan, taiteen, valaistuksen avulla. (Iiffe ym. 2010, 147, 148.)

Uudessa julkisjohtamisessa yksityisen sektorin johtamiskäytänteitä juurrutetaan julkisen sektorin toimintaan. Uusi julkisjohtaminen korostaa individualismia, yksilöä rationaalisia valintoja tekevänä asiakkaana, poliittisen ohjauksen terävöittämistä julkisessa hallinnossa ja resurssien käytön tehostamista. (Viinamäki 2008, 47.) Koettu asiakaslähtöisyys on yhteydessä työn luonteeseen sekä työntekijän työelämän laatuun. Kun panostetaan työn luonteeseen ja työntekijöiden työelämän laatuun organisaation muutoksessa, lisätään samalla työntekijöiden asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyyden tavoitteet on helpompi saavuttaa, kun työntekijät kokevat työelämänsä laadun olevan tyydyttävä, kokevat ryhmätyön positiivisena ja saavat tarpeellista tukea uuden muutoksen alla. (Korunka ym. 2007, 307–309, 314; Kaarakainen & Syrjänen 2012, 9.)

Miten saadaan työntekijät motivoitumaan ennaltaehkäisevän työn tekemisestä? Ovatko tulospalkkaus ja ennaltaehkäisevien indikaattorien kehittäminen ainoat ratkaisut vai

vaatiko uudistus myös kulttuurista muutosta? Hunterin mukaan (2001) ennaltaehkäisevä työ ja terveyden edistämisen vaatisivat taakseen ennen kaikkea kulttuurista muutosta. Kulttuurinen muutos on näkymättömämpi ja pidempiaikaisempi. Hunteri kritisoii englantilaisen terveydenhuoltojärjestelmän muutoksia ulkonäöllisiksi ja dynaamisiksi todellisten ongelmien jäädessä koskemattomiksi. Työntekijät muutoksen aikana kaikilla tasoilla ovat käyttäneet aikaa miettimiseen, onko heillä töitä uudessa organisaatiossa ja millaisia töitä. (Hunter 2001, 159, 164–165, 172.) Ennaltaehkäisevän työn toteutuminen organisaatioissa vaatii sen mahdollistavat työkäytännöt ja johtamisen, mutta myös sitä edistävän strategisen vision ja mission.

Loppujen lopuksihan kyse on kansalaisten tyytyväisyydestä ja luottamuksesta sosiaali- ja terveystalouteen, voiko markkinalähtöisyys tarjota uudenlaista tyytyväisyyttä valinnanvapauden ja asiakaslähtöisyyden lisääntyessä? Kysyttäessä britannialaisen terveydenhuollon (NHS) käyttäjiltä mielipiteitä markkinalähtöiseen terveydenhuollon muutokseen, suurin osa haastateltavista suosi perinteisiä terveydenhuollon mallia ja sen arvoja. Markkinalähtöisyyttä ei koettu hyvänä vastauksena nykyisen terveydenhuollon järjestämiseen kuluttajien näkökulmasta, mutta tutkijat analysoivat tämän johtuvan reformin uutuudesta ja luottamus voi lisääntyä ajan kuluessa. (Wallace ym. 2009, 215–216.) Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinalähtöisyyden lisääntymisen ohella on myös kolmas sektori, yhdistysten ja säätiöiden kenttä, viime vuosina ollut hyvinvointipalvelujen alueella korostuneemmin esillä (Paasivaara ym. 2011, 57). Britannialaisen big society- liikkeen alla monet sosiaaliset yritykset (social enterprises) ovat lisääntyneet ja alkaneet hoitamaan monia paikallisia sosiaalipalveluita.

3.4 Kotipalvelut lapsiperheille

Tutkimusaineistossa nousi esille kotipalvelut yhtenä ennaltaehkäisevänä työmuotona lapsiperheille. Perheet saavat kotipalvelua vaihtelevin määrin. Perheiden kotipalvelu on primaaria ja ajoittain sekundaaria ennaltaehkäisyä, kun taas lastensuojelun perhetyön vastuulla on sekundaarinen ja tertiaalinen ennaltaehkäisy. Englantilainen tutkimus kotipalveluista (health visitors) kartoitti kotipalvelutyöntekijöiden työtehtäviä. Kotipalvelutyö sisälsi eniten primaaria (primary prevention) ja sekundaarista ennaltaehkäisyä (secondary prevention), mutta sisälsi myös esille nousevin ongelmien

käsittelyä. Rajoittunut kotipalveluiden käsitys vastasi reagoiden palveluiden tarpeeseen, jossa sosiaaliset tekijät olivat hallitsevia kuten lastensuojelun kautta tarjotut kotikäynnit. Tutkimus kyseenalaistaa oletuksen siitä, että kaikki perheet saisivat universaaleja, progressiivisia ja proaktiivisia terveyden edistämisen kotipalveluita. Kotipalvelutyöntekijät nähtiin kuitenkin sopivina työntekijöitä tarjoamaan varhaisia interventioita perheille. (Cowley ym. 2007, 869- 870.) Suomessa on ollut esillä kysymys perheiden kotipalveluiden riittävästä saatavuudesta. Kotipalvelun työ toimii eri ennaltaehkäisevän työn tasoilla, mutta sen tarkoitus on olla primaaria ja sekundaaria ennaltaehkäisyä lapsiperheille. Puhuttaessa ennaltaehkäisevistä lasten, nuorten ja perheiden palveluista on kotipalvelu yksi keskeisimmistä palvelumuodoista.

Kanadassa on paikallisia ja yhteisöperustaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia (local community health and social services centre), joiden päätehtävänä on palvella yhteisöjä monialaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Palvelut viedään lähellä ihmisiä kotiin ja kouluihin. Sosiaali- ja terveyskeskukset tarjoavat laajan valikoiman erilaisia yhteisön kehittämisen ja terveyden edistämisen ohjelmia, joissa pyritään laajaan kansalaisosallisuuteen ja yhteistyöhön eri tahojen kanssa. CLSC on vaikuttanut terveydenhuollon reformiin siten, että resursseja on allokoitu enemmän liikkuviin palveluihin ja ennaltaehkäisevään ja terveyttä edistävään työhön. Painopistettä kanadalaisessa reformissa on siirretty kotipalveluihin. (Richard ym. 2005, 400.) Suomalaisen kuntakentän muutokset vaikuttavat myös sosiaali- ja terveyskeskuksiin, joissa yhtenä vaihtoehtona voisi hyvin olla kanadalaisen mallin mukainen ratkaisu. Vastaavanlainen näkökulma kuin Kanadassa on otettu Iso-Britanniassa kotipalveluita (health visiting) järjestettäessä.

Nykyisen isobritannialaisen politiikan mukaan kotipalveluilta odotetaan parannettua ja laajennettua roolia ja kohdennettuja kotikäyntejä enemmän tukea tarvitseville perheille. Muutos kahdenkeskisestä (one-to-one) kotikäynneistä enemmän yhteisökeskittyneeseen (community-focused) terveydenhuoltoon on ollut tendenssinä Iso-Britanniassa ja Skotlannissa. Tutkijat tekevät synteisin kotipalveluiden eri malleista kategorisoinne: 1) sairausmalliksi (disease models) ja 2) osallisuuteen, kontrolliin ja asiakkaiden valtaistamiseen painottavaan malliin. Sairausmalli edustaa kulttuurista, behavioristista ja yksilöllistä lähestymistä keskittyen tiettyyn lääketieteellisesti määriteltyyn ongelmaan. Osallisuutta, kontrollia ja asiakkaiden valtaistamista painottava malli

edustaa rakenteellisen terveyden ja sosiaalisten tarpeiden ymmärtämistä ja sisältää sekä kollektiivisen että individuaalisen lähestymisen muutokseen. Tutkijat näkevät kummankin mallin yhdistämisen olevan tarpeen mukaan tehokasta. Tutkijat näkevät kotipalveluilta puuttuvan yhteneväisen ja kattavan käsitteellisen käytännön perustan, mikä vaikeuttaa työntekijöiden ja työkäytänteiden vastaamista nykyisiin haasteisiin. Tutkijat esittävät kotipalveluiden käsitteelliseksi lähestymistavaksi Bronfenbrennerin ekologista viitekehystä. He näkevät Bronfenbrennerin viitekehysten vahvistavan kotipalveluiden toimintaa ja kehittävän työtapoja enemmän tilannekohtaiseksi. (Bryans ym. 2009, 564- 566.) Bronfenbrennerin viitekehys auttaa kotipalveluiden työntekijöitä paikantamaan kotipalvelutyön laajempia terveys- ja hyvinvointivaikutuksia ja kotipalvelutyön yhteyksiä muihin perheen ekologisiin systemin tasoihin.

Etelä-Suomen aluehallintoviraston selvityksen mukaan Etelä-Suomessa lähes 60 prosenttia kunnista laiminlyö lapsiperheiden kotipalvelun järjestämisvelvollisuuden. Hämeenlinnassa oli puutteellisuksia lapsiperheiden kotipalveluiden riittävydessä ja päätöksentekomenettelyssä vuonna 2008. Päätöksentekomenettely on myös puutteellinen, sillä asiakkaille ei anneta kirjallista muutoksenhakukelpoista päätöstä. Kotipalvelua on korjattu monessa kunnassa perhetyöllä. Valtakunnallisen peruspalveluohjelman 2008–2011 kuntien valtionosuuksien lisäys kohdistui mm. kotipalveluhenkilöstön lisäämiseen. (Aluehallintovirasto 2008.) Kotipalvelun prosessien kehittäminen ja kotipalvelutyön ja lastensuojelun yhteisten käytäntöjen kehittäminen on olennaista kotipalveluiden saatavuuden edistämisessä.

Kotipalveluiden työntekijä ei voi välttämättä työnsä kautta vaikuttaa makrotasoon, mutta makrotason asioiden tunteminen auttaa työntekijää toimimaan tehokkaasti ilman avuttomuutta ja syyllisten etsimistä. Työntekijän tulee tunnistaa asiakkaan tarpeet ja siten tarjota ja ohjata eksosysteemin erilaisiin palveluihin kuten äiti/isä- lapsikerhoihin, terveys- ja sosiaalihuollon palveluihin. Kotipalvelun työntekijä voi toimia yksilön ja eksotason palveluiden työntekijän välillä yhteyshenkilönä. (Bryans ym. 2009, 567.) Vastaavasti Bronnenfennerin ekologinen teoria soveltuu myös lastensuojelun perhetyön ja muun perhetyön viitekehykseksi, mistä kirjoitan seuraavaksi.

3.5 Perhetyö

Ennaltaehkäisevää perhetyötä on lasten ja nuorten peruspalveluissa, mutta lastensuojelun asiakkaille on lastensuojelun perhetyötä, jonka tarkoituksena on mm. arvioida perheen ja lapsen tilannetta, tukea vanhemmuutta ja arkea kotona, toimia tuen kartoittajana ja yhteyshenkilönä perheen palveluverkoston suuntaan. Ilman lastensuojelun asiakkuutta lapsi ja perhe eivät saa perhetyötä kunnan lastensuojelusta.

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön piirissä olevien asiakkaiden määrä on kolminkertaistunut ja peruspalvelut ohentuneet. Parissakymmenessä vuodessa lastensuojelun avohuollon asiakasmäärä 12 000 lapsesta 60 000 lapseen, ja samaan aikaan kunnallisen kotipalvelun piirissä olleiden lapsiperheiden määrä on vähentynyt 60 000 lapsiperheestä 12 000:een. Lastensuojelun perhetyö on viime vuosina kehittynyt ammattina ja toimintamuotona. Perhetyö on asemoinut paikallisesti ja seudullisesti eri tavoin palvelujärjestelmään. Heinon (2008, 15) mukaan perhepalveluiden ja perhetyön käsitteet tulisi erottaa ja peruspalveluissa puhua esimerkiksi neuvolan perhetyöstä, varhaiskasvatuksen perhetyöstä ja koulun perhetyöstä. Neuvolan, varhaiskasvatuksen ja koulun perhetyö määrittyy uuden lastensuojelulain mukaan ehkäiseväksi lastensuojeluksi aina silloin, kun lapsen lastensuojelun asiakkuudesta ei ole päätöstä. Siten ehkäisevän ja varsinaisen eli lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun erottavat tekijät ovat lastensuojelun asiakkuuden kriteeri ja työn tekemisessä vastuussa oleva taho. Lastensuojelun perhetyön käsite toimii juridishallinnollisena käsitteenä. (Heino 2008, 3, 15.) Perhetyö ja kotipalvelu ovat eri palvelumuotoja ja siten niiden erojen ja yhtäläisyyksien selkiyttäminen ja prosessien avaaminen auttaisivat palvelumuotojen oikein kohdentumista asiakkaille. Kotipalvelun edustaa lastensuojelun palveluissa kohdennettua (sekundaaria) ennaltaehkäisyä, kun perhetyö liikkuu räätälöidyn (tertiaalisen) ennaltaehkäisyn tasolla.

Perhetyön ja kotipalveluiden tarjoaminen alueilla, joissa on selkeitä makrotason ongelmia havaittavissa perheiden osalta, ehkäisisi kotona (mikrotasolla) tilanteiden

pahentumista. Voydanoff (1995, 63) käyttää Bronfenbrennerin ekologista systeemin teoriaa katsoakseen, miten perheen ulkoiset meso- ja makrotason tekijät vaikuttavat perheen sisäisiin mikrotason prosesseihin. Perhelähtöinen näkökulma tarkastelee yksilöitä perhesuhteiden kautta. Perheiden ongelmat ilmenevät usein yhdessä. Ongelmat näyttäytyvät yhteiskunnallisessa kontekstissa (makrotaso) huume- ja väkivaltakulttuurina, heikkoina työmarkkinoina, huonona pääsynä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Mesotasolla ongelmat ilmenevät koulujen köyhyytenä ja levottomina asuinalueina. Kun nämä ongelmat kerääntyvät vaikuttavat ne perheiden ja yksilöiden tilanteiden pahentumiseen. (Voydanoff 1995, 63 - 64.) Usein perheiden tilanteet ovat ongelmallisia monesta eri syystä, mikä näkyy monella eri tasolla.

Monitasoinen perheinterventio-ohjelma auttaa perheen ongelmissa monella eri tasolla. Interventiossa kartoitetaan perheen yksilölliset riskitekijät ja suojaavat tekijät ja räätälöidään perheelle palvelu heidän tarpeidensa mukaan. Monitasoinen perheinterventio-ohjelma ottaa ekologisen lähestymisen ennaltaehkäisyyn eli se käsittelee ihmisen eri toimintaympäristöjä. Auttamalla vanhempia toimimaan taitavammin vanhemmuuden ekosysteemillä luodaan joustavampaa perheympäristöä ja ehkäistään epäsosiaalisen käyttäytymisen mahdollisuuksia. Ennaltaehkäisevää perhetyötä tekevien tulee paikantaa nuoren ongelma eri ekologisen systeemin rakenteiden tasoissa. Siten työntekijä pystyy liikkumaan eri tasoilla ja tuomaan keskusteluun muiden tasojen sisältöjä ja suhteita suhteessa ongelmaan. (Becker & Hogue & Liddle 2002, 164- 165, 176.) Siten monitasoinen työote auttaa perhetyötä paikantamaan yksilön ja perheen ongelmat eri tasojen näkökulmasta ja avartaa asiakkaiden käsityksiä asioiden vaikutuksista.

Perhetyöllä on erityinen merkitys niille yksilöille ja perheille, joilla on suurempi riski erilaisille ongelmille. Australialaisen tutkimuksen mukaan sijoitetuilla nuorilla on suurempi riski mielenterveysongelmille ja päihteiden käytölle kuin kotona asuvilla nuorilla. Sijoitettujen nuorten ja sijaishoitajan välinen hyvä suhde on yksi tärkein suojaava tekijä mielenterveys- ja päihdeongelmille. Toinen suojaava tekijä on nuoren aktiivinen osallistuminen ja harrastaminen kouluajan ulkopuolella. (Guibord & Bell & Romano & Rouillard 2011, 2127.) Lapsen, nuoren ja perheen siirryttäessä kotiin

sijoituksen aikaisesta laitos- tai perhepaikasta, on perhetyö hyvä kotiuttamisen tuki asiakkaille myös Suomessa.

Perhetyön avulla tuetaan usein yksinhuoltajien vanhemmuutta ja perhetyötä tarjotaan usein lyhyeksi määräajaksi perheen tilanteeseen. Perhetyö aloitetaan yleensä alkukartoituksella, jossa arvioidaan palvelun kestoa perheen tilanteelle. Perhetyön väliarviossa täsmennetään perhetyön tavoitteita ja kestoa ja siten palvelu joustaa perheen tilanteiden ja palveluntarpeen mukaan. Perhetyön loppuarviossa käydään läpi perhetyön tavoitteiden toteutumista ja palvelun vaikuttavuutta perheen tilanteeseen.

Perhepalveluiden tuottajat usein puhuvat lyhyiden palveluiden tarjoamisen puolesta, sillä ne ovat jossain tilanteissa tehokkaampia kuin pidemmät palvelut ja niistä hyötyvät sekä palveluiden tuottajat että perheet. Palveluiden sopiva kesto riippuu asiakkaan ongelmien määrästä ja luonteesta, asiakkaan motivaatiosta ja palveluiden rakenteesta ja sisällöstä, jotta tavoitteet palvelulle saavutetaan. Ottaen huomioon palveluiden ja ongelmien välisen vuorovaikutuksen ja palveluiden täsmällisen ja johdonmukaisen määrittelyn puuttumisen on ymmärrettävää, että tutkimukset antavat vain rajallisen kuvan siitä, mitkä palvelut ovat tehokkaita. Kattava palvelujärjestelmä on kuitenkin tehokkaampi perheelle kuin yksittäinen palvelu. (Jones & Magura & Shyne 1981, 67–68, 71–72.) Perhetyöntekijän tulee nähdä perheen ja palvelujärjestelmän suhteet ja omata osaamista ohjata yksilöitä ja perheitä palvelujärjestelmässä oikeisiin palveluihin.

3.6 Yhteisöpohjaiset ohjelmat

Käynnissä on tieteellinen keskustelu siitä, mikä olisi tehokkain tapa ennaltaehkäistä (prevention) ongelmia. Korkean riskin lähestymistapa tähtää allokoimaan ennaltaehkäiseviä toimia niille yksilöille, joilla on korkea riski sairastua johonkin tiettyyn sairauteen tai joilla on paljon sosiaalisia riskejä havaittavissa. G. Rosen (1985) väestöllinen lähestymistapa katsoo tehokkainta preventiota olevan suurelle joukolle suunnatun ennaltaehkäisevän työn, jota edustavat erilaiset laajemmat ohjelmat organisaatioissa ja yhteiskunnassa. WHO:n mukaan 1) universaali ennaltaehkäisy (universal prevention) tähtää koko joukon ja suuren yleisön saavuttamiseen, joilla ei ole tunnistettuja riskejä. 2) Selektiivinen ennaltaehkäisy (selective prevention) tähtää

yksilöiden tai ryhmien saavuttamiseen, joilla on kohonnut riski sairastua biologisten, sosiaalisten ja psykologisten faktoreiden perusteella. 3) Indikoitu ennaltaehkäisevä työ (indicated prevention) tavoittaa korkean riskin omaavat, joilla on taipumus sairastua, vaikka oireita ei näkyisikään. (Järvisalo ym. 2005a, 171.) Ennaltaehkäisevät yhteisöpohjaiset ohjelmat liikkuvat näillä kolmella prevention tasolla.

Universaalin ennaltaehkäisyn tavoitteena on saada suuri yleisö muuttamaan terveys- ja hyvinvointikäyttäytymistään. Mielenterveysongelmien varhaisen huomaamisen lisäksi on kasvavaa näyttöä yleisten ennaltaehkäisevien ohjelmien vaikutuksista stressin sietokyvyn lisäämisessä ja rohkaisussa terveeseen kasvuun ja päätöksentekoon. Ihmisten tiedottaminen mielenterveyspalveluiden ja -hoitojen tehokkuudesta ja siitä, että mielenterveysongelmista kärsivät voivat elää yhä lailla tuottoisaa elämää, ovat tärkeitä asioita yleisen stigman poistamisessa. (Jamieson & Romer 2005, 620- 621.) Suchman (1967) artikkelissaan kirjoittaa universaalien ennaltaehkäisevien terveysohjelmien olevan haasteellisia laajan hyväksymisen ja osallisuuden saavuttamiseksi valtaväestön keskuudessa. Suchman näki yksilön ja yhteisön kasvavan tarpeen motivoitua itse ottamaan selville tarvittavat terveystiedot ja toimimaan terveellisemmin sosiaalisen ja henkilökohtaisen vastuuntunteen johdattelemana. Jokaisen ihmisen sisäiset taipumukset, toiminnan luontaiset ominaisuudet ja ympäristön ulkoiset vaikutukset yhdessä auttavat terveysohjelmien eteenpäin viemisessä. Tässä kolmitahoisessa analyysissä yhdistyy psykologinen valmius, sosiaalinen hyväksyntä ja ohjelman ominaisuudet itsessään. (Suchman 1967, 197, 199, 208.) Langlie (1977) näkee yksilön haavoittuvuustekijöiden aktivoivan psykologista valmiutta toimia ennaltaehkäisevästi ja yksilön usko ennaltaehkäisevän toiminnan tehokkuuteen motivoi myös ennaltaehkäisevään käyttäytymiseen. (Langlie 1977, 244–245.)

Selektiivistä ennaltaehkäisyn ohjelmaa edustavat nuorille suunnatut itsemurhan ennaltaehkäisevät ohjelmat. Itsemurhien ehkäisyn tulee perustua tutkittuun tietoon itsemurhien riskitekijöistä. Prevention perustana onkin riskinuorten tunnistaminen. Koska vain alle puolet itsemurhaan kuolleista nuorista on ollut psykiatrisessa hoidossa, on ennaltaehkäisevien toimien ulotuttava psykiatrisen erikoissairaanhoidon ulkopuolelle perustason toimenpiteisiin terveydenhuollossa sekä koulu- ja sosiaalitoimessakin. Nuorten itsemurhien yhteisötason ehkäisykeinoja voivat olla kouluissa järjestettävät

nuorten itsetunnon kohottamiseen ja ongelmanratkaisutaitojen lisäämiseen tähtäävät kurssit tai ohjelmat. (Ebeling 2006, 123; Marttunen 2006, 134.) Selektiivistä ennaltaehkäisevää ohjelmaa edustaa myös alueellinen yhteisöpohjainen itsemurhien ja itsetuhoisen käyttäytymisen neljästasoinen ennaltaehkäisevä interventio-ohjelma. Neljästasoisen ohjelma on saanut näyttöä sen tehokkuudesta sisältäen: 1) koulutusta ja ohjausta lääkäreille masennuksen tunnistamisessa ja hoitamisessa, 2) julkista tiedottamista masennuksesta kuten anti-stigma kampanjat, 3) koulutusta eri ammattilaisille tunnistamaan riskiryhmässä olevia ihmisiä ohjatakseen heitä ajoissa hoitoon ja 4) palveluita riskiryhmälle kuten tukipuhelin, tukea itseapuun ja omaisille. (Hegerl & Wittenburg & Arensman ym. 2009, 2-3.)

Selektiivistä ohjelmaa edustaa myös Dan Olweuksen kehittämä kiusaamista ehkäisevä toimenpideohjelma, joka on osoittautunut tehokkaaksi kokonaisuudeksi. Toimenpideohjelman jälkeen kiusaaminen oli vähentynyt 50–70 prosenttia ja seurantatutkimuksissa vaikutus oli säilynyt. Ohjelmalla oli vaikutuksia myös koulupinnaamisen, varastelun ja ilkivallan vähenemiseen. Ohjelmaan sitoutuminen aloitetaan vanhemmista ja heidän tietoisuuden lisäämisestä kiusaamisesta ja ohjelman tavoitteita koskien. Sen jälkeen toteutetaan ohjelmaa koulu-, luokka- ja yksilötasolla: 1) kyselytutkimus kiusaamisen esiintymisestä, 2) kiusaamisaiheet opintopäivät, 3) välituntivalvonnan parantaminen, 4) sääntöjen luominen kiusaamisen ehkäisemiseksi, 5) vanhempainillat ja 6) keskustelu kiusaajien ja kiusaamisen uhrien sekä heidän vanhempainensa kanssa. (Broberg ym. 2005, 292.)

Indikoidussa ennaltaehkäisevässä ohjelmassa (penn prevention program) lapsille, joilla on korkea riski sairastua masennukseen, työskennellään ryhmissä kouluympäristössä. Lapsille annetaan kognitiivista valmennusta, jonka tarkoituksena on vähentää heidän taipumustaan pessimistisiin tulkintoihin tapahtumista ja niiden syistä. Lapsille on opetettu ongelmanratkaisustrategioita, joiden avulla heidän on helpompi käsitellä erilaisia tilanteita. Yhdysvalloissa on saatu hyviä kokemuksia penn prevention-ohjelmasta ja muista vastaavista ohjelmista; lasten masennusoireet vähenivät merkittävästi sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Tällaisia kouluinterventioita on käynnistetty Ruotsissakin (Arborelius). (Broberg ym. 2005, 262- 263.) Toinen indikoitu ohjelma alakouluikäisille lapsille, joiden vanhemmilla on alkoholismia, sai myös

kannustavia tuloksia. Lapset oppivat positiivisia selviytymiskeinoja vaikeissa tilanteissa ja he olivat itse halukkaita saamaan tukea tilanteeseensa. (Roosa & Gensheimer & Short & Ayers & Shell 1989, 299.) Nuorten oman päihteiden käytön ennaltaehkäisyssä on vanhempien, koulun ja kouluterveydenhuollon, nuorisotyön ja matalakynnyksisten hoitopaikkojen ja tarvittaessa nuorisopsykiatristen erityispalveluiden kanssa yhteistyö olennaista. Riskiperheiden lapset ovat suuressa syrjäytymisvaarassa, siksi on aiheellista suunnata ehkäisevät toimenpiteet erityisesti heihin. Sen sijaan laajemmat tiettyyn ikäryhmään kohdistetut päihteiden vastaiset ohjelmat ovat osoittautuneet tehottomiksi. (Tacke 2006, 140.)

Indikoitua ohjelmaa edustaa väkivaltaa kokeneiden lasten interventio-ohjelma naisten turvatalolla. Intervention tarkoituksena oli murtaa ylisukupolvinen väkivallan siirtyminen ja ohjelman haluttiin olevan tehokas panostamalla sen kattavuuteen. Ohjelma sisälsi yksilö- ja ryhmätapaamisia, äitien opetusta kasvatukseen ja lapsen kehitykseen liittyen, koulujen kanssa yhteistyön kehittämistä ja turvatalon työntekijöiden koulutusta lasten etujen ajamiseen ja lapsen kehitykseen liittyen. Tärkeimmiksi kohteiksi ohjelman toteuttamisen jälkeen koettiin äitien ja turvatalon työntekijöiden tukeminen ja kouluttaminen. (Hughes 1982, 495- 496, 501.) Tämä tuo esille työntekijöiden ammattitaidon tärkeyden ymmärtää ennaltaehkäisevän työn kokonaisvaltaisuus ja hahmottaa sen eri tasot. Esimerkiksi kouluissa tapahtuvan väkivallan ehkäisyssä tulee kiinnittää huomiota sen aiheuttaneiden tai sitä edesauttaneiden syiden monitasoiseen näkemiseen: 1) mikrotason tekijät kuten yksilön käyttäytyminen, 2) mesotason tekijät kuten organisaation tekijät ja prosessit ja 3) makrotason tekijät kuten yhteiskunnan ohjailevat voimat, jotka muokkaavat tapojamme suhtautua erilaisiin kriiseihin. (Nickerson & Brock 2011, 2.) Eri ekologisten systeemien tasojen hahmottaminen ennaltaehkäiseviä ohjelmia suunniteltaessa ja toteutettaessa antavat kokonaiskuvan sosiaalisten ongelmien luonteesta ja niiden ratkaisujen moniulotteisuudesta.

Kirjallisen katsauksen yhteenveto (Taulukko 1.) tiivistää artikkelien sisältämän ennaltaehkäisevän työn eri tasot ja makrotasolta (Kuva 2.) muille tasoille vaikuttavat yhteiskunnalliset ilmiöt.

Taulukko 1. Kirjallisen katsauksen yhteenveto

Laaja ennaltaehkäisy (makrotaso)	Kohdennettu ennaltaehkäisy (ekso- ja mesotaso)	Räätälöity ennaltaehkäisy (mikrotaso)
universaalit kotipalvelut	kotipalvelut, peruspalveluiden perhetyö	lastensuojelun asiakkaiden kotipalvelut ja perhetyö
universaalit ohjelmat suurelle yleisölle	selketiiviset ohjelmat ryhmille, esimerkiksi nuorten itsemurhia ennaltaehkäisevät ohjelmat	indikoitu ohjelma riskiryhmille, esimerkiksi väkivaltaa kokeneiden lasten interventio-ohjelma



Kuva 2. Kirjallisuus katsauksen yhteenveto

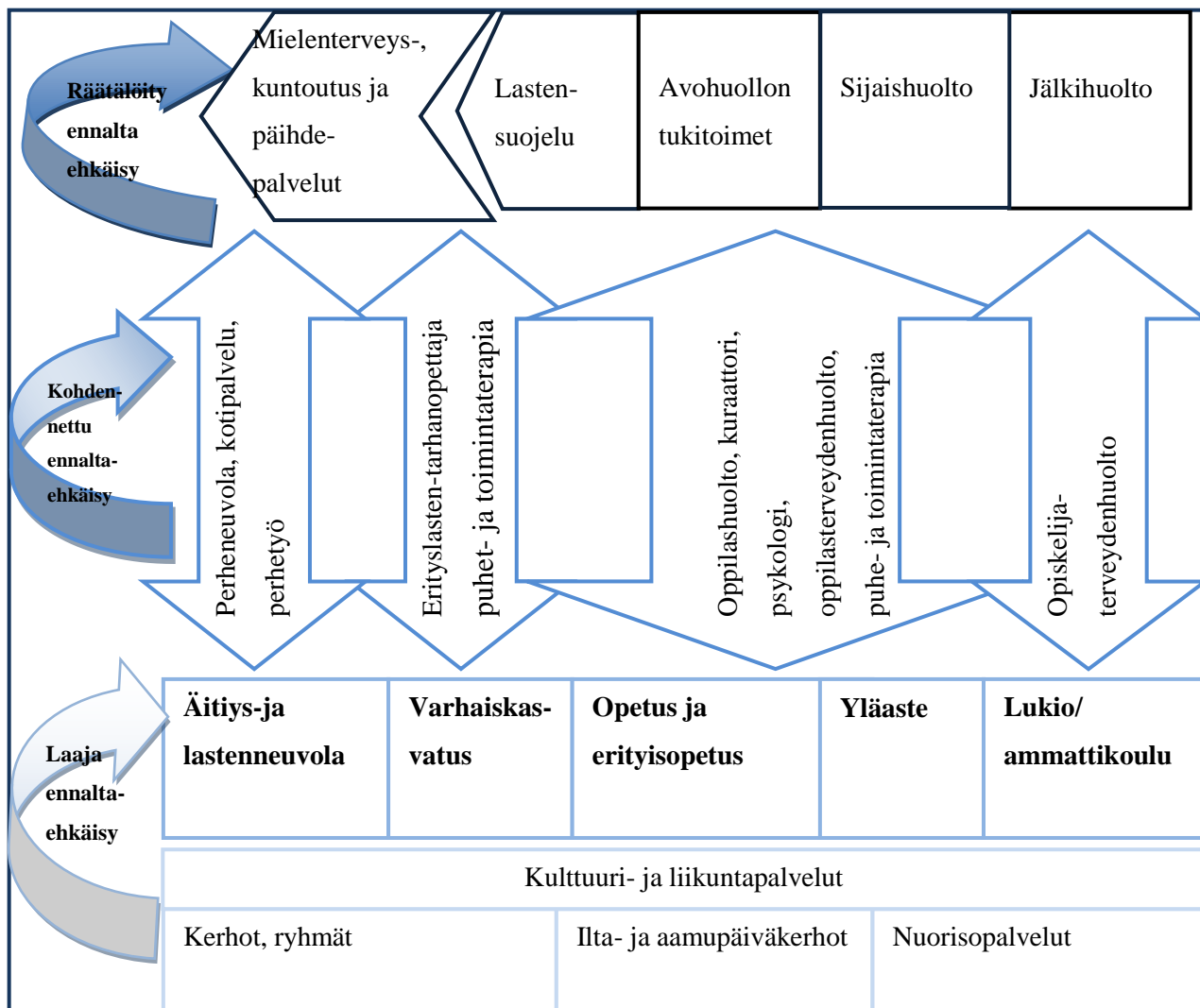
4 ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT

4.1 Palveluiden verkosto

Lasten ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia edistävä työ on monialaista, minkä vuoksi vastuut ja osaaminen korostuvat kunnan kaikkien toimialojen tehtävissä. Pirstaleisten lasten ja perheiden palvelujen saaminen eheäksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi yli sektori- ja aluerajojen on haaste kunnille. Eri palvelujen antajien toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen ja monialainen yhteistoiminta ovat edellytyksiä sille, että lasten ja perheiden syrjäytymisen ehkäisyssä, pulmien varhaisessa tunnistamisessa ja tuen oikea-aikaisessa ajoittamisessa käytetyillä toimenpiteillä on vaikuttavuutta. Lasten ja perheiden palveluita tarjoavat kunnissa useat tahot, jotka perinteisesti ovat sitoutuneet eri toimialoille rinnakkain kuten terveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, muut terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoido, varhaiskasvatus, avoimet varhaiskasvatuspalvelut, lastensuojelu, perheen sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvolat, esiopetus, opetustoimi, kulttuuri- ja liikuntatoimi sekä kolmas sektori (esim. järjestöt, seurakunnat) ja yksityinen sektori. (Perälä ym. 2011, 17–18.)

Perheiden palveluiden verkosto (Kuva 2.) on siten hyvin monialainen kokonaisuus vain pelkkien julkisten palveluiden osalta ja se sisältää eri ennaltaehkäisevän työn tasoja. Sirviön ym. (2011) kehittämä ennakoivan toiminnan jaottelu puhuu kolmesta palvelukokonaisuudesta: laaja ennaltaehkäisy (primääri preventio), kohdennettu

ennaltaehkäisy (sekundaari preventio) ja räätälöity ennaltaehkäisy (tertiaalinen preventio). Kuvassa 2 olen jaotellut kuntien järjestämisvastuulla olevat lasten, nuorten ja perheiden palvelut laajaan, kohdennettuun ja räätälöityyn ennaltaehkäisevään työhön.



Kuva 3. Perheiden palveluiden verkosto ennaltaehkäisevän työn eri tasoilla

Kunnat vastaavat suurelta osin lasten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia tukevien palveluiden tuotannosta ja kunnilla on niistä myös järjestämisvastuu. Kunta voi hoitaa laissa säädetty tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia palveluita muilta palveluiden tuottajilta (Kuntalaki 365/1997, 2 §). Vaihtoehtoisia organisointitapoja ovat tilaaja-tuottajamallit, yritystoiminta, kilpailutus, ostopalvelut, palvelusetelit ja tehtävien siirto järjestöille. (Perälä ym. 2011, 17–18; Kuntalaki 365/1997) Kuntien valtionapujärjestelmä on ollut yksi tärkeä mekanismi, jolla kunnat

ovat pystyneet pitämään yllä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja koulutuspalveluita. (Tuomala 2009, 27–28.) Sosiaali- ja terveystieteiden valtionosuusjärjestelmä muuttui 2010 vuoden alussa siten, että tehtäväkohtaisista valtionavusta luovuttiin. Tämä pakottaa kuntia uudistamaan sosiaali- ja terveyspalveluita vaikuttavampaan suuntaan. (STM 2008, 20.)

Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste 2008- 2011) asetti toimenpide- ehdotukseksi lasten ja nuorten ja lapsiperheiden palveluiden kokonaisuuden uudistamisen siten, että perustasolla kehitetään ja nivotaan yhteen kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät ja korjaavat palvelut yli sektorirajojen. Kaste- ohjelma linjasi myös, että erityispalveluja kehitetään tukemaan peruspalveluja erilaisilla toimintavaihtoehdoilla ja palvelut tulee tuoda suoraan lasten ja nuorten kehitysympäristöihin ja samalla purkaa laitospeskeytystä. Uusin Kaste (2012-2015) linjaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden kehittämistä edelleen asiakaslähtöisinä palvelukokonaisuuksina edellisellä kaudella luotujen hyvien käytäntöjen mukaisesti. Erityispalvelujen (lasten psykiatria, lastensuojelu, kasvatusta- ja perheneuvola) osaamisen tuominen lasten normaaleihin kasvu- ja kehitysympäristöihin (koti, päivähoito, koulu) on edelleen painopisteenä kansallisessa kehittämisessä. Keskeisenä nähdään hyvinvointia edistävä ja ongelmia ehkäisevä toiminta ja sen kustannusvaikuttavuus. (STM 2008, 34; STM 2012, 20.)

Ensimmäinen Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma oli vuosille 2007- 2011, joka sisältää nuorisolain (72/2006, 4 §) mukaiset tavoitteet alle 29- vuotiaiden kasvu- ja elinolojen parantamiseksi. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman painopisteenä oli vahvistaa ennaltaehkäisevää työtä korjaavaan nähden. Ohjelma nosti esille kodin ensisijaisen kasvatustuon, koko kasvu- ja elinympäristön huomioimisen politiikassa ja elämäntapa- ja nuorisopolitiikan harjoittamisen. Palvelujärjestelmän on kyettävä luomaan lapsen ja nuoren ympärille hyvinvointia edistävän verkoston, joka toimii saumattomasti lapsen ja nuoren tukena niin ennalta hyvinvoinnin uusia uhkia poistavana kuin tehokkaasti ongelmiin tarttuvana. Palveluverkoston on tunnistettava lapset, nuoret ja heidän perheensä moninaisena asiakasryhmänä. Valtioneuvosto on hyväksynyt uuden ja tiivistetymmän lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman (lanuke) vuosille 2012- 2015, jossa painotetaan nuorten osallisuutta, yhdenvertaisuutta ja arjenhallintaa. Hallitusohjelman

keskeisin kirjaus nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi on nuorten yhteiskuntatakuu, joka toteutetaan vuoden 2013 alusta alkaen. Jokainen alle 25- vuotiaalle nuorelle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle tarjotaan työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja-, tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluttua työttömäksi joutumisesta. (OPM 2007, 11; OKM 2012, 4, 28, 35.)

Lapsi- ja nuorisopoliittinen kehittämissuunnitelma (2012- 2015) linjaakin, että tehokkaita tukitoimia kuten lapsiperheiden kotipalvelua, ehkäisevää perhetyötä, tukihenkilöiden ja -perheiden apua tulee olla tarjolla jo ennen kuin perhe on lastensuojelun asiakkaana. Terveystieteen edistämiseksi tärkeää on laajasti ennaltaehkäisevä toiminta, jolloin toiminta kohdistuu koko ikäryhmään tai määriteltyihin riskiryhmiin ilman, että on vielä havaittu oireita tai on syntynyt huolta. Tällöin korostuvat monipuolisen nuoriso-, liikunta- ja kulttuurityön ja -toiminnan mahdollisuudet. (OPM 2007, 11; OKM 2012, 4, 28, 35.) Tendenssinä on siten monialaisuus, ennaltaehkäisevä työ ja palveluiden tuominen lähelle lapsia, nuoria ja perheitä heidän arkiympäristöönsä kotiin, päiväkotiin, kouluun ja vapaa-aikaan. Tarve ja paine paikallisen järjestelmän kehittämiseksi toimivaksi verkostoksi, joka kykenisi toimimaan ennaltaehkäisevästi, on ajankohtainen (Järvisalo ym. 2005b, 51- 54).

Kun toiminta järjestetään funktionaalisesti johdetussa organisaatiossa, seurauksena ovat eri toimijoiden yhteistyön vaikeudet. Muutoksen johtamisen haasteena sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä on päästä ammattikeskeisyydestä ja tukea toimivia prosessikonaisuuksia, joiden onnistumisen taustalla on moniammatillinen tiimityö. (Paasivaara ym. 2011, 54.) Palvelukulttuurin muutoksen ja siihen liittyvän kehittämisen tavoitteena on edistää palvelujen joustavaa verkostointia ja asiakaslähtöistä työskentelyä. Asiantuntija- ja ongelmakeskeisen työskentelyn sijaan voimavaroja haetaan yhteistyössä asiakkaiden läheisverkostojen ja eri toimijatahojen kanssa. Verkostomaisen työskentelyn tueksi on kehitettävä hallinnonrajojen rajat ylittäviä koordinaatio- ja johtamisrakenteita. (Eriksson & Arnkil & Rautava 2006, 3.) Kuntien palvelurakennemuutokset antavatkin hyvän näköalapaikan siihen, kuinka hallinto tukee monialaisuuden ja verkostomaisen työskentelyn toteutumista kunnissa. Kataisen hallituksen yksi kärkihanke on poikkihallinnollinen syrjäytymisen, köyhyyden ja terveysongelmien vastainen toimenpideohjelma. Koordinaatiovastuu on sosiaali- ja

terveysministeriöllä, mutta hanke osallistaa kaikkia ministeriöitä verkostomaiseen yhteistyöhön. (Valtioneuvosto 2011, 7-10.)

4.2 Lastensuojelu

1960-luvun sosiaalipolitiikka ajatteli sosiaalihuollon palvelut luonteeltaan yksilöllisinä, tarpeenmukaisina, tilapäisinä ja ehkäisevinä ja sosiaalihuollon palveluissa nähtiin aina olevan kyse yksilöllisten ihmisen ja perheiden auttamisesta. Kun apu on suunnattu mahdollisimman hyvin tarpeen mukaan, tukee se yksilön itsenäistä elämää parhaiten. Itsenäisen elämännotteen vahvistamiseksi on olennaista, että asiakkaan auttamisessa ei mennä yli asiakkaan tarpeen eli tarjota liian raskaita palveluita tarpeeseen. Jokaisen kohdalla laitokseen sijoittaminen merkitsee sitä, että yhteiskunta ei ole kyennyt tukemaan yksilöä normaaleissa ympäristöissä. Mitä luonnollisemmassa ympäristössä yksilö elää, sitä paremmin itsenäisen elämän edellytykset säilyvät. Mutta inhimillisten vaikeuksien ennaltaehkäiseminen on toimintana monitahoisempaa ja epämääräisempää kuin sairauksien ennaltaehkäiseminen. (Kuusi 1968, 297- 299). Sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen vaatii toimimista yksilön ja yhteisöjen eri ekologisten systemien tasoilla.

Lastensuojelulaki (417/2007, 3 a §, 11 §) velvoittaa kuntia järjestämään lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ehkäisevää lastensuojelua, silloin kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Ehkäisevällä lastensuojelulla edistetään ja turvataan lasten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. Ehkäisevää lastensuojelua ovat tuki ja erityinen tuki, jota annetaan opetuksessa, nuorisotyössä, päivähoidossa, äitiys- ja lastenneuvolassa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lastensuojelun keskeisenä periaatteena on pyrittävä ehkäisemään lapsen ja perheen ongelmia sekä puuttumaan riittävän varhain havaittuihin ongelmiin. Kunnan tulee järjestää ehkäisevän lastensuojelun ja lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Lastensuojelulaissa (6 §) lapsi on alle 18- vuotias ja nuori 18- 20- vuotias. (LsL 417/2007.)

Lastensuojelulaki (417/2007) edellyttää lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmien laatimista väestötasolla. Valmisteilla olevan uuden sosiaalihuoltolain ja siihen läheisesti

liittyvien lakien uudistustyö tähtää siihen, että sosiaalihuoltolaista muodostuu kattava ja vahva yleislaki. Uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat asiakkaan aseman vahvistaminen palveluprosessissa, hyvinvoinnin edistämistä tukevien rakenteiden vahvistaminen ja eri toimijoiden yhteistyön parantaminen. Sosiaalihuoltolain kokonaisuudistus vahvistaa myös sosiaalityön rakenteita. Uuteen lakiin on tarkoitus sisällyttää säädökset lapsiperheiden eroneuvonnan ja avioliittolain mukaisen sovittelun toimeenpanosta. Opetus- ja kulttuuriministeriössä on valmistelussa muun muassa opiskeluhoitolaki ja varhaiskasvatustalainsäädännön uudistus. (STM 2012, 18- 19.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (2008- 2011) linjasi, että perheitä on tuettava erilaisin tavoin, jotta tarve lapsen sijoittamiseen kodin ulkopuolelle vähenee. Keskeisenä uudessa kehittämissuunnitelmassa (2012- 2015) nähdään hyvinvointia edistävän ja ongelmia ehkäisevän toiminnan vahvistaminen. Kansallisen kehittämissuunnitelman suuntauksia ovat nuorisososiaalityön ja etsivän sosiaalityön roolin vahvistaminen, perhekeskustoiminnan laajentaminen perheiden, kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyönä ja lastensuojelun avohuollon ja perhehoidon kehittäminen. Lapsiperheiden kotipalveluita ja kotiin vietäviä palveluita halutaan vahvistaa ja lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalveluiden vaikuttavuutta halutaan arvioida. (STM 2008, 25; STM 2012, 13, 20- 21.)

Lasten ja nuorten turvallista ja tasapuolista kehitystä uhkaaviin yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin lastensuojelu pyrkii lainsäädännöllisin velvoittein vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi. Lastensuojelulain (417/2007, 3, 3a) määrittelemässä kunnan lastensuojelutyö voidaan jakaa ennaltaehkäisevään lastensuojeluun, avohuollon tukitoimiin sekä huostaanottoon ja siitä seuraaviin lastensuojelutoimenpiteisiin. Taipaleen (2006) mukaan sosiaalitoimien talouden tiukkuus johtaa siihen, että ennaltaehkäisevää työhön ja varhaiseen puuttumiseen ei ole mahdollisuuksia ja perheiden tilanteet venyvät äärimilleen. (Taipale 2006, 165- 166, 169- 170; LsL 417/2007.) Onko monialaisella areenalla uusia mahdollisuuksia ennaltaehkäisevän työn toteuttamiselle vai onko sosiaalialan osaaminen ennaltaehkäisevän työn kannalta olennaista?

Sosiaalialalla lamavuodet toivat mukanaan paljon asiakkaiden taloudellista hätää. Monessa suomalaisessa kunnassa sosiaalityö kuormittui toimeentulotukiasiakkaista. Perinteiseen lastensuojelutyöhön, lasten ja nuorten ja lapsiperheiden tukemiseen, ei jäänyt aikaa. Lasten ja nuorten ongelmien ennaltaehkäisyyn ei ollut aikaa riittävästi ja eikä myöskään ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. 1990-luvun loppupuolella alkoi keskustelu lasten, nuorten ja perheiden välisestä yhteistyöstä, puhuttiin verkostoitumisesta ja varhaisesta puuttumisesta. (Heinonen 2006, 147- 148.) Huolen harmaasta vyöhykkeestä tuli varhaisen puuttumisen keskeinen työväline. Vyöhykkeistön avulla voidaan jäsentää verkostomaisen työskentelyn tarvetta ja menetelmiä. (Heinonen 2006, 148- 149.) Varhainen puuttuminen ja verkostoyhteistyömalli sisältävät neljä vaihetta: huolen herääminen, lisävoimien hakeminen, yhteistyön tekeminen ja seuranta. Mallin peruslähtökohta on huolen vyöhykkeistön hyväksikäyttö työntekijän huolen tunnistamisessa ja huolen asteen määrittämisessä. (Heinonen 2006, 148- 149.) Lastensuojelun näkeminen ennaltaehkäisevänä ja konsultoivana tahona peruspalveluiden työntekijöiden keskuudessa helpottaa monen perheen tilannetta varhaisemmassa vaiheessa kuin lastensuojelun huostaanoton ollessa ainoana vaihtoehtona.

Lastensuojeluilmoituksen tekeminen ajoissa, silloin kuin tilanne ei ole vielä niin kriisiytynyt, on ennaltaehkäisevää lastensuojelun toiminnan kannalta. Tämä edellyttää kuitenkin lasten, nuorten ja perheiden kanssa toimivien tahojen ilmoittamisvelvollisuuden ymmärtämistä (LsL 417/2007, 25 §). Tutkimuskunnista Kuopiossa ja Hämeenlinnassa poliisi teki eniten lastensuojeluilmoituksia, kun pienemmässä kaupungissa Harjavallassa anonyymi-ilmoittajat olivat tehneet eniten lastensuojeluilmoituksia. Vuonna 2009 Kuopiossa poliisitoimi teki 721 kappaletta lastensuojeluilmoituksia, kun päivähoidon on tehnyt 17:sta, lasten- ja äitiysneuvola 11:sta ja kouluterveydenhuolto 19:sta lastensuojeluilmoitusta. Harjavallassa lastensuojeluilmoituksia tekivät eniten anonyymilmoittajat sosiaalipäivystyksen kautta, toisena koulun työntekijät, kolmantena lasten vanhemmat. (Harjavallan kaupunki 2009, 10). Hämeenlinnassa 34 prosenttia lastensuojeluilmoituksista tuli poliisilta, 14 prosenttia terveydenhuollosta, 9 prosenttia koulusta ja vain yksi prosentti päivähoitosta. Yksityishenkilöt tekivät 15 prosenttia ilmoituksista ja vanhemmat taikka muut huoltajat 5 prosenttia. Poliisien tekemä suuri lastensuojeluilmoituksien määrä

Hämeenlinnassa on seurausta Ankkurin ja sosiaalipäivystyksen hyvästä yhteistyöstä. (Hämeenlinnan kaupunki 2011, 16.)

Seuraamalla huostaan otettujen lasten lukumäärää, saadaan jotain käsitystä siitä, kuinka on onnistuttu peruspalveluissa tarttumaan ennaltaehkäisevästi ongelmiin. Huostaan otettujen määrä on kasvanut monessa kunnassa 2000- luvulla. Lastensuojeluilmoitusten syyt kertovat siitä, mihin tulisi kiinnittää huomiota jo peruspalveluissa ja suunnitella peruspalveluita ennaltaehkäisemään näiden ongelmien kasautumista. (Syrjänen 2010, 40- 41; Lastensuojelulaki 417/2007.)

Ehkäisevällä sosiaalityöllä on ollut marginaalinen paikka kuntien sosiaalitoimessa, mutta muutosta on kuitenkin tapahtumassa kuten ehkäisevät kotikäynnit, etsivä toiminta ja varhainen puuttuminen ovat osana sosiaalipalveluita. Taide- ja kulttuuritoiminnan, toiminnallisten päiväryhmien ja sosiokulttuuristen työmenetelmien liittäminen sosiaalipalveluihin toimii myös ennaltaehkäisevästi. (Liikanen 2010, 27.) Ehkäisevä toimeentulotuki (laki toimeentulotuesta 1412/1997, 13 §) on koettu erityisen käyttökelpoiseksi lastensuojelun avohuollon (LsL 417/2007, 36 §) toimenpiteeksi. (STM 2007, 91–93; Syrjänen 2010, 44; Laki toimeentulotuesta 1412/1997, LsL 417/2007.) Auttamalla oikeaan aikaan myös aikuissosiaalityössä perheitä, ennaltaehkäistään pidempiaikaisia asiakkuuksia ja tilanteiden kuormittumista.

Ylisukupolvien periytyvät psykiatriset sairaudet ovat mahdollista ennaltaehkäistä antamalla lapsille heidän ymmärryksen tasonsa mukaisesti riittävästi tietoa vanhempien sairaudesta ja vahvistamalla heidän suojaavia tekijöitään ja puuttamalla riskitekijöihin ajoissa. Uusi terveydenhoitolakimme (1326/2010, 70 §) ja lastensuojelulakimme (417/2007, 10 §) velvoittaakin sosiaali- ja terveydenhoidon ammattilaisia ottamaan lapset huomioon aikuisille suunnatuissa palveluissa. Vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat lapsen kasvuun ja kehitykseen ja siten lapsien huomioiminen vanhempien hoidossa on edistysaskel ennaltaehkäisemään ylisukupolvien siirtyviä sairauksia ja ongelmia. Lapset puheeksi- menetelmää on kehitetty ja otettu käyttöön suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ennaltaehkäisemään lasten sairastumista mielenterveysongelmiin nuoruudessa tai aikuisiässä. Menetelmän tavoitteena on edistää perheen sisäistä kommunikaatiota ja

ymmärrystä mielenterveysongelmista ja vahvistaa lapsen persoonallisia taitoja ja kodin ulkopuolista sosiaalista elämää. Lapset puheeksi- menetelmää toteutetaan aikuisille suunnatuissa palveluissa, sillä tarkoituksena on tukea vanhempia itse antamaan lapsille lisää ymmärrystä vanhemman sairaudesta ja tilanteesta. Solantaus ym. esittääkin, että aikuispsykiatriassa tulee systeemin tavoitteeksi ottaa myös lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien ehkäiseminen. (Solantaus & Paavonen & Toikka & Punamäki 2010, 884, 891; LsL 417/2007, Terveystoimilaki 1326/2010.)

4.3 Terveyspalvelut

Terveyspalveluiden rooli lasten, nuorten ja perheiden sairauksien ja ongelmien ennaltaehkäisemisessä on suuri. Preventiolla tarkoitetaan keinoja, joilla ylläpidetään terveyttä, vaikuttamalla tautien ilmaantumiseen ja pyrkimällä minimoimaan sairauksien aiheuttamat haitat. Sairauksien ehkäisy perustuu ajatukseen, että estämällä sairauden synty, sairauden hoito voidaan minimoida ja saattaa osin jopa tarpeettomaksi. Sairauksien ehkäisy jakautuu kolmeen osaan: primaari, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Näistä ainoastaan primaaripreventio on puhtaasti ennalta ehkäisevää. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Primaariprevention toimenpiteet estävät riskitekijän vaikutuksen jo ennen kuin se on ehtinyt synnyttää sairauteen johtavia muutoksia. Primaariprevention tärkeimpiä keinoja terveydenhuollossa ovat rokotukset ja terveysneuvonta. Sekundaaripreventiolla pyritään estämään sairauden pahenemista poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Osana sekundaaripreventiota voidaan pitää seulontaa, joka kohdistuu sairauden esiasteisiin ja niitä aiheuttaneisiin riskitekijöihin. Tertiaariprevention päämääränä on estää jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen. Tertiaaripreventio liittyy käsitteellisesti kuntoutukseen, jossa pyritään palauttamaan työ- ja toimintakykyä tai ainakin hidastamaan niiden heikkenemistä. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Keväällä 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (1325/2010) keskeisiä painotuksia ovat asiakaslähtöisyys, palvelujen ja hoidon laatu, potilasturvallisuus, perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden välinen yhteistyö, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Lain mukaan kunnan

on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Lain mukaan kuntien on laadittava hallintorajat ylittävä suunnitelma terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja niiden toteutumisen seurannasta. Perheiden valinnanmahdollisuutta vahvistetaan antamalla perheille mahdollisuus valita erityisvastuuelueella terveydenhuollon toimintayksikkö, josta lasta ja perhettä hoidetaan. Sairaanhoido- ja terveystieteiden alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjojen tulee muodostaa yhteinen terveydenhuollon potilasrekisteri. Terveystieteiden edistäminen on koko yhteiskunnan, sen kaikkien hallintokuntien tehtävä, mutta terveyssektorilla on keskeinen rooli terveyden asianajajana ja ehkäisevien palvelujen tarjoajana. (STM 2012, 18- 19; Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010; Perälä & Halme & Hammar & Nykänen 2011, 19; Opetusministeriö 2007, 62.)

Terveystieteiden 2015- kansanterveysohjelman tavoitteena on vuoteen 2015 mennessä saavuttaa lasten hyvinvoinnin lisääntymistä, terveydentilan parantumista ja turvattomuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien vähentymistä merkittävästi. Tavoitteina ovat myös nuorten tupakoinnin vähentyminen siten, että 16- 18- vuotiaista alle 15 % tupakoi ja nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien ongelmien hoitaminen asiantuntevasti. Ohjelma linjaa lasten päivähoiton, esiopetuksen ja peruskoulun lasten terveyttä edistävää roolia kehitettävänä yhteistyössä vanhempien kanssa. Valtioneuvosto korostaa mm. syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden auttamista taloudellisen tuen ja psykososiaalisten palvelujen avulla osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia, lasten mielenterveyshoidon turvaamista ja perhe-elämää koskevien palveluiden kehittämistä. Edellytyksinä ohjelman tavoitteiden toteutumiseksi nähdään kaikkien, sekä julkisen että yksityisen sektorin ja kansalaisten, asettavan terveyden tärkeäksi valintoja ohjaavaksi periaatteeksi. Kansalaisten keskeisillä arjen areenoilla tulee luoda parempia edellytyksiä terveyden edistymiselle. (STM 2001, 13, 15, 21, 23, 25.)

Perusterveydenhuollon palveluista lasten ja nuorten kannalta merkittävimpiä ovat äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, joissa on mahdollista kohdata kaikki kyseessä oleviin ikäryhmiin kuuluvat. Asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) tarkoituksena on varmistaa

terveysneuvonnan ja terveystarkastuksien suunnitelmallisuus, niiden yhteneväisyys kuntien terveydenhuollossa. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.) Ohjeistusten keskeisiä periaatteita ovat ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen, palveluiden universaalisuus sekä tasapuolinen ja helppo saatavuus.

Terveyserojen vähentämiseksi ehkäiseviä palveluja on kohdennettava nykyistä voimakkaammin niille ryhmille, jotka ovat eniten avun tarpeessa (Opetusministeriö 2007, 62). Kehittyvä mielenterveyskuntoutus ehkäisee sairauden uusiutumista ja ylläpitää senlaatuista toimintakykyä sekä tuotteliaisuutta, joka parhaimmillaan ehkäisee elämänvirrasta syrjäytymisen ja säästää kansanterveyskuluja. Jos toimenpiteitä kyetään varhentamaan ja tehostamaan nuoruusiässä, voidaan tavoitella yhä enemmän jopa täyttä toipumista ja toimintakykyisyyttä myös vakavimmissa mielenterveyshäiriöissä. (Koskinen 2006, 252.)

Säästäminen ennaltaehkäisevistä lasten, nuorten ja perheiden palveluista on lyhytnäköistä, koska ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä ja varhaisella auttamisella on mahdollisuus vähentää raskaampia ja kustannuksiltaan kalliimpia erikoissairaanhoidon ja lastensuojelun toimenpiteitä. Laman seurauksena kuitenkin jouduttiin supistamaan 1990-luvulla ehkäisevän terveydenhuollon palveluja, väestövastuuseen siirryttäessä purettiin hyvin toimivia kouluterveydenhuollon toimintamalleja ja kouluterveydenhuoltoon perehtyneistä ja siihen sitoutuneista lääkäreistä alkoi olla pula. Vaikka koululääkärien määrää on lisätty, on heistä edelleen pula, kouluterveydenhoitajien oppilasmäärät ovat suosituksia suuremmat. Läänihallitusten tekemien peruspalveluiden arviointitulosten mukaan myös koulukuraattoreista ja koulupsykologeista ja erilaisista terapiapalveluista on puutetta. Sektorikohtaisten palveluiden kehittämisen sijaan on etsittävä uudenlaisia toimintatapoja. (Jakonen 2006, 156–157.)

Lapsi- ja nuorisopoliittisessa ohjelmassa halutaan vahvistaa kasvatus- ja perheneuvoloiden voimavaroja lapsiperheiden matalan kynnyksen tukipaikkoina. Kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan säilymistä moniasiantuntijuuteen perustuvana perhepalveluna halutaan vaalia. (Opetusministeriö 2007, 43–33.) Äitiys- ja lastenneuvolassa huolehditaan äidin ja lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista.

Neuvolatoimintaa on kehitetty perhekeskeisempään ja asiakaslähtöisempään suuntaan. Miesten ja isien tukemisesta on tullut yksi painopiste äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Vanhempien keskinäinen vertaisryhmätoiminta toimii hyvänä jatkona perhevalmennukselle. Perheen sosiaalisten ongelmien ja kriisien tunnistamiseen tarvitaan yhtäältä neuvolan henkilökunnan täydennyskoulutusta ja moniammatillista yhteistyötä sekä toisaalta riittävästi aikaa vanhempien tapaamistilanteissa. (Opetusministeriö 2007, 43.) Perhekeskus on paikallisesti kehittyvä toimintamalli. Perhekeskuksen palvelurakenne muodostuu äitiys- ja lastenneuvolan, varhaiskasvatuksen, koulutoimen, perhetyön sekä varhaisen tuen palveluista. Sen toiminta ajatuksena on yhteistyön helpottaminen ja palvelujen parempi saatavuus. Perhekeskuksessa tehdään yhteistyötä perheiden, järjestöjen, seurakunnan ja vapaaehtoisten toimijoiden kanssa. (Opetusministeriö 2007, 43.)

4.4 Varhaiskasvatus

Laki lasten päivähoidosta (19.1.1973/36) linjaa päivähoidon tavoitteeksi tukea koteja kasvatustehtävässä ja yhdessä kotien kanssa edistää lapsen persoonallisuuden tasapainoista kehitystä. Hyvä päivähoito tukee lapsen kasvua ja suojaavia tekijöitä ja suojaa lasta kasvuympäristön riskitekijöiltä. Hallitusohjelmassa kirjataan, että hallituskauden aikana säädetään laki varhaiskasvatuksesta ja lainsäädännön valmistelu, hallinto ja ohjaus siirretään opetus- ja kulttuuriministeriön alaisuuteen. Hallitusohjelma linjaa, että varhaiskasvatuksen yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa tiivistetään. Päivähoitoa halutaan kehittää syrjäytymistä ennaltaehkäisevänä palveluna. (Valtioneuvoston kanslia 2011, 33.) Päivähoidon osalta suurimmat uudistukset näkyvätkin varmasti organisatorisella tasolla siinä, miten päivähoito on järjestetty: minkä hallintokunnan alla se sijaitsee, keskittyykö kunta omaan palveluntuotantoon vai tukeeko se yksityistä palveluntuotantoa, kannustaako kunta pienten lasten kotihoidon tukemiseen. (Puustinen ym. 2011, 66.)

Ennalta ehkäisevillä ja terveyttä edistävillä toimilla, jotka parantavat kaikkien lasten ja heidän vanhempiansa elinoloja, on hyvin suuri merkitys. On vähennettävä riskitekijöitä, jotka voivat haitata lasten kehitystä ja vahvistettava terveyttä edistäviä puolia lasten elinympäristössä. Näin vähennetään niiden lasten määrää, joiden kehitys häiriintyy.

Työtä on jatkettava parantamalla kaikkien lasten kasvuoloja siten, että salutogeenisia (terveyttä edistäviä) seikkoja vahvistetaan ja patogeenisten tekijöiden vaikutus supistuu. Samalla tarvitaan kuitenkin jatkossakin resursseja niiden lasten hyvään ammattimaiseen tukemiseen, joiden kehitys on eri tavoin poikkeavaa. (Broberg ym. 2005, 359–360.) Ennaltaehkäisevän työn eri tasoilla on siten kaikilla oma paikkansa lasten ja nuorten kehityksen tukemisessa.

Taulukossa 1. on esillä ennaltaehkäisevä työ varhaiskasvatuksessa, joka jakautuu 1) varhaiseen tukeen kasvatuksessa kohdistuen kaikille päivähoidon lapsille (laaja ennaltaehkäisy) ja 2) kohdennettuun ennaltaehkäisyyn (sekundaari), kun huoli lapsesta on herännyt ja varhaiskalastussuunnitelmaa päivitetään lapsen tarpeiden mukaan. 3) Räättälöityä ennaltaehkäisyä edustaa erityisvarhaiskasvatus (tertiaalinen). (Syrjänen 2010, 26.)

Taulukko 2. Varhaiskasvatuksen ennaltaehkäisevän työn tasot (Varhaisen tuen käsikirja 2010; Syrjänen 2010, 28.)

Varhainen tuki kasvatuksessa (1. Laaja ennaltaehkäisy) Kohdistuu kaikkiin	Kun huoli herää (2. Kohdennettu ennaltaehkäisy)	Erityisvarhaiskasvatus (3. Räättälöity ennaltaehkäisy)
Oppimisympäristö Havainnointi ja dokumentointi Puheen ja kielen kehityksen tukeminen Motoriikan harjaannuttaminen Käsien ja silmien yhteistyö ja näköön perustuva hahmottaminen Hahmottamisen tukeminen Keskittymisen tukeminen Kun lapsella on tarkkaavaisuushäiriö Tunne-elämän ja sosiaalisten taitojen tukeminen Lapsen huolet ja murheet	Varpu-julkaisu Huolen vyöhykkeistö varhaisen puuttumisen tukena Hoidon porrastus Kasvattajatiimi, vanhemmat, lastensuojelun työntekijä Varhaiskasvatussuunnitelman päivittäminen	Erityisen tuen suunnitelma Lapsiryhmien pienentäminen tai avustajien lisääminen <u>Yhteistyötahot</u> Yksityiset puheterapeutit, lapsiperheyksiköt, erityisopettajat, koulupsykologit esikouluissa, neuvolaterveydenhoitajat, kouluterveydenhoitajat, Kys <u>Yhteistyösopimukset</u> Erityisneuvola ja päivähoito

Bronfenbrennerin ekologisen kehityksen teoria on heijastunut sekä suomalaisen päiväkotikasvatukseen että varhaiskasvatuksen tutkimukseen. Bronfenbrennerin ekologisen teorian sovellusarvon kriteerinä varhaiskasvatuksen suhteen on teorian ekologisuus ja kokonaisvaltaisuus. Teoria huomioi kehittyvän yksilön vuorovaikutuksen erilaisten kasvuympäristöjen kanssa. Kasvatuksen näkökulmasta tässä vuorovaikutuksessa on kyse kasvatuksellisista tapahtumista, jotka toteutuvat kehittyvän, kasvavan ja kasvatettavan yksilön ja kasvattajapersoonien ja – yhteisöjen välillä. Perheiden ja päivähoiton välisellä yhteistyöllä pyritään ennaltaehkäisemään niitä kehityksellisiä riskejä, joita liian erilaisissa mikrosysteemeissä toimiminen lapselle saattaa aiheuttaa. Teoria auttaa ymmärtämään erilaisten ympäristötasojen merkityksen kehityksen ja kasvatuksen prosesseissa. (Puroila & Karila 2001, 204, 218.) Esimerkiksi koulu on yksi tärkeimmistä terveystieteiden yhteistyökohteista, sillä nuorille on helpompi opettaa terveellisiä tottumuksia kuin muuttaa niitä vanhemmilla ihmisillä (Arpalahti 2006, 26).

4.5 Sivistystoimi

Koulun päivittäisen toiminnan järjestäminen asianmukaisella tavalla on kaikkein paras ennaltaehkäisevä ja hyvinvointia edistävä toimintatapa. Sopivankokoiset ja oikein muodostetut oppilasryhmät lisäävät hyvinvointia ja oppilaiden mahdollisuutta saada huomiota ja yksilöllistä opetusta. Samoin erityisopetuksen riittävä ja oikea järjestäminen ja tukiopeutus pätevin opettajavoimin ovat kaikessa yksinkertaisuudessaan ensimmäisistä luokista alkaen parasta ennaltaehkäisevää toimintaa oppilaan hyväksi. (Varpu 2006, 12.) Tuntikehys kertoo siitä, kuinka paljon oppilas saa opetusta eli resurssien käytöstä oppilasta kohden. Mahdollisuudet kasvaa perusopetuksessa tehdä ennakoivaa työtä, kun tuntikehysindeksi kasvaa. Tuntikehykseen sisältyy tukiopeutus, joka on kohdennettua ennaltaehkäisyä (sekundaari) perusopetuksen sisällä. Oppilas, joka tarvitsee lyhytaikaista tukea oppimisessaan, on oikeus saada tukiopeutusta. Oppilaalla, jolla on vaikeuksia koulunkäynnissään, on oikeus saada osa-aikaista erityisopetusta. Oppilaalle, joka tarvitsee oppimisessaan ja koulunkäynnissään säännöllistä tukea tai useita tukimuotoja, on annettava tehostettua tukea hänelle tehdyn

oppimissuunnitelman mukaisesti. Lapsen erityinen tuki muodostuu erityisopetuksesta ja muista tukimuodoista, joista tulee tehdä oppilaalle hänen huoltajansa kanssa henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma. Erityisopetus järjestetään muun opetuksen yhteydessä tai osittain tai kokonaan erityisluokassa. Tehostetussa ja erityisessä tuessa on ryhmässä kuusi oppilasta ja erityisen tehostetun tuen tuntikehys on kolminkertainen. (Perusopetuslaki 628/1998.)

Oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Hallitusohjelmassa moniammatillinen oppilashuolto nähdään lasten ja nuorten syrjäytymistä ennaltaehkäisevänä kaikilla koulutusasteilla. (Valtioneuvoston kanslia 2011, 33; Perusopetuslaki 628/1998.) Oppilashuollon tulisi olla ensisijaisesti ennaltaehkäisevää, mutta sen olisi myös tunnistettava oppimisvaikeudet ja muut ongelmat varhain ja puututtava niihin. Jakosen mukaan (2006) oppilashuollon painopiste on ollut selvästi korjaavissa toimenpiteissä, kun taas ehkäisevät ja yhteisötason toimenpiteet ovat jääneet vähemmälle. (Jakonen 2006, 159.) Oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa tarkoitettu kouluterveydenhuolto ja lastensuojelulaissa tarkoitettu kasvatuksen tukeminen. Jälkimmäisellä tarkoitetaan koulukuraattorin ja koulupsykologin palveluja. Oppilas- ja opiskelijahuollon palveluiden saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Esimerkiksi koulukuraattorille ja koulupsykologille on vaikea päästä yksinkertaisesti siitä syystä, että monissa kunnissa näitä palveluja ei ole. Uuden lastensuojelulain mukaisesti kunnan tulee järjestää koulupsykologi- ja koulukuraattoripalveluita, jotka antavat kunnan perusopetuslaissa tarkoitettun esi-, perus- ja lisäopetuksen sekä valmistavan opetuksen oppilaille riittävän tuen ja ohjauksen koulunkäyntiin ja oppilaiden kehitykseen liittyvien sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien ehkäisemiseksi ja poistamiseksi. (OPM 2007, 63.)

Pyykkönen (2010, 118- 119) tutki SOTEPA- hankkeeseen oppilashuollon palveluiden järjestämistä tutkimuskunnissa. Oppilashuoltotyön rooli on vahvistunut entisestään kouluissa. Psykososiaalisen oppilashuoltotyön mieltäminen ensisijaisesti ongelmia korjaavaasta ollaan siirtymässä enemmän ennaltaehkäisevän työn suuntaan. Tosin tässä

näyttäisi haastattelujen perusteella olevan edelleen kehitettävää. Kuntaliitoksella oli ollut merkitystä mm. siihen, että on saatu lisää resursseja psykososiaalisiin oppilashuollon palveluihin. Toisaalta päinvastainen esimerkki löytyi toisesta kunnasta, jossa psykososiaalisen oppilashuollon resurssi eivät kuntaliitoksen yhteydessä ole lisääntyneet odotuksista huolimatta, vaikka oppilasmäärä on kasvanut alueella kuntaliitoksen myötä. Kuntien liitosten tai yhteistyön syvenemisen myötä on ollut tarpeen yhdenmukaistaa myös kuntien oppilashuollon käytäntöjä.

Kouluissa on hyvä mahdollisuus edistää nuorten mielenterveyttä. Erilaisten oppimisvaikeuksien varhainen havaitseminen ja kuntouttavat toimenpiteet ovat tärkeitä myöhempää psyykkistä oirehdintaa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Oppimisvaikeuksien laaja, erikoisdiagnostinen tutkiminen on keskeistä, koska esimerkiksi psykoottinen kehitys voi alkuun näkyä oppimisongelmina ja sosiaalisena kömpelyytenä. (Koskinen 2006, 249.) Uusi ja kasvava tutkimustieto psyykkisten sairauksien riskitekijöistä ja esioireista tukee voimavarojen kohdentumista erityisesti lasten ja nuorten häiriöiden ennaltaehkäisyyn sekä esioireiden ja psyykkisten sairauksien varhaistunnistukseen, -hoitoon sekä kuntoutukseen. Ennaltaehkäisyn perustana ovat tieto normaalista lapsuus- ja nuoruusiän kehityksestä ja tähän tukeutuminen. Perinteinen ketju, sairaus-hoito-kuntoutus, voikin lasten ja nuorten ollessa kyseessä kulkea vastakkaiseen suuntaan: kuntouttavilla, normaalia psyykkistä kasvua ja kehitystä tukevilla toimilla ennaltaehkäistäisiin nuoruusiän sairastumisriskiä ja esioireilua ja samalla mahdollisimman paljon psyykkisten sairauksien ilmaantuvuutta tai oireilun vakiintumista. (Koskinen 2006, 246- 247.)

Poissaolojen seuraaminen koulussa on hyvä keino havaita lapsen ja nuoren ongelmia. Opetuksen järjestäjien tulee seurata perusopetukseen osallistuvan oppilaan poissaoloja ja ilmoittaa luvattomista poissaoloista huoltajille (Perusopetuslaki 628/1998). Kouluterveydenhoitaja ja – lääkäri ovat avainasemassa masentuneiden nuorten löytämisessä ja hoitoon ohjaamisessa. Luokkatarkastusten yhteydessä voidaan käyttää helposti täytettävää kyselylomaketta masennuksen seulomiseen (R-BDI) ja siten löytää tarkempaa kliinistä tutkimusta vaativat lapset. (Jakonen 2006, 157- 158.) Myös opettajien kouluttaminen tunnistamaan mielenterveysongelmien oireita on tärkeää. Oppilaiden opettaminen tunnistamaan mielenterveysongelmien oireita ja hakemaan itse

apua ongelmiinsa on yksi tapa edistää ongelmien tunnistamista. (Kuusi 1968, 321- 322; Romer & McIntosh 2005, 606, 608, 614.) Romerin ja McIntosh'in (2005, 598) mukaan tarvitaan enemmän panostusta apua tarvitsevien nuorten tunnistamiseen ja hoitamiseen. Mitä nopeammin nuoren tilanne identifioidaan ja hoito aloitetaan, sitä vähemmän vakavampi sairaus on ja sitä matalampi on todennäköisyys sille, että se häiriinnyttää tervettä nuoruusiän kehitystä. Mielenterveysongelmat usein edeltävät itsemurhia, joten mielenterveysongelmien aikainen hoitaminen ehkäisisi myös nuorten itsemurhia. (Jamieson & Romer 2005, 619.)

4.6 Nuorisotyö ja vapaa-ajan palvelut

Lapsi- ja nuorisopoliittisessa kehittämissuunnitelmassa (2007- 2011) tuetaan ja kannustetaan kuntien pitkäjänteistä ja suunnitelmallista kulttuuri-, nuoris- ja liikuntapalvelujen kehittämistä. Kuntia rohkaistaan kehittämään nuorille suunnattuja matalan kynnyksen ennaltaehkäiseviä harrastuspalveluja. (OPM 2007, 37.) Nuorisotyössä lähtökohtana on ennaltaehkäisevyys. Laajasti ennaltaehkäisevään nuorisotyöhön voidaan lukea mm. järjestötoiminta, nuorten oma vertaistoiminta, seurakuntien nuorisotyö, vapaa-ajan harrastukset, kunnallinen nuorisotyö, kulttuurinen nuorisotyö ja koulunuorisotyö. Koulunuorisotyö tukee uudenlaisen toimintakulttuurin syntymistä ja laajasti hyvinvointia koulussa. (OKM 2012, 15, 19.)

Nuorisolain (21.1.2006/72) tavoitteena on tukea nuoren kasvua ja itsenäistymistä, edistää nuorten aktiivista kansalaisuutta ja nuorten sosiaalista vahvistamista sekä parantaa nuorten kasvu- ja elinoloja. Sosiaalisella vahvistamisella tarkoitetaan nuorille suunnattuja toimenpiteitä elämäntaitojen parantamiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Nuorisotyöllä halutaan edistää nuorten oman ajan käyttöön kohdistuvaa aktiivisen kansalaisuuden edistämistä, nuorten sosiaalista vahvistamista, nuoren kasvun ja itsenäistymisen tukemista ja sukupolvien välistä vuorovaikutusta. Kunnan nuorisotyöhön ja -politiikkaan kuuluvat nuorten kasvatuksellinen ohjaus, toimintatilat ja harrastusmahdollisuudet, tieto- ja neuvontapalvelut. Kunnan nuorisotyö vastaa nuorisoyhdistyksien ja muiden nuorisoryhmien tuista ja järjestää liikunnallista, kulttuurista, kansainvälistä ja monikulttuurista nuorisotoimintaa. Nuorisotyö tarjoaa nuorille ympäristökasvatusta sekä tarvittaessa nuorten työpajapalveluita ja etsivää

nuorisotyötä. Paikallisten viranomaisten monialaisen yhteistyön yleistä suunnittelua ja toimeenpanon kehittämistä varten kunnassa on oltava nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, johon kuuluvat opetus-, sosiaali- ja terveys- ja nuorisotoimen sekä työ- ja poliisihallinnon edustajat. Lisäksi verkostoon voi kuulua puolustushallinnon ja muiden viranomaisten edustajia. Verkosto toimii vuorovaikutuksessa nuorten palveluja tuottavien yhteisöjen kanssa. Etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänen suostumuksellaan häntä sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuaan ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen ja työmarkkinoille. (Nuorisolaki 21.1.2006/72.)

Nuorisotilat ovat keskeisiä palvelupisteitä, jotka voivat tarjota toimintatilat muun muassa nuorisoyhdistyksille ja nuorten muille toimintaryhmille, nuorisokahvilatoiminnalle, nuorten tieto- ja neuvontapalveluille sekä erilaiselle lasten ja nuorten harrastustoiminnalle. Nuorisotalojen käyttäjinä ovat pääsääntöisesti 12 – 17-vuotiaat nuoret. Nuorisotalot toimivat parhaimmillaan matalan kynnyksen toimipaikkoina, joista nuoret saavat tarpeen mukaan henkilökohtaista tai yhteisöllistä tukea. (OPM 2007, 37.)

Nuorten osallisuutta yhteiskunnassa edistää nuorisovaltuusto, joka myös edustaa nuorten ääniä eri lautakunnissa riippuen kuntien antamista läsnäolo-oikeuksista nuorille edustajille. Tutkimuskunnissa oli luotu nuorille väyliä vaikuttaa ja osallistua päätöksentekoon. Kaikista parhaiten vaikuttamaan lautakunnissa nuoret pääsevät Harjavallassa, jossa heillä on oikeus hakea jokaiseen lautakuntaan omaa puhevaltaista paikkaa, heikoiten Hämeenlinnassa, jossa nuorille ei ole lautakuntapaikkoja jaossa. Kuopiossa on 12 nuorta valittu nuorisovaltuustoon ja nuorisovaltuuston kahdella jäsenellä on läsnä- ja puheoikeus Kuopion kaupungin kasvun ja oppimisen lautakunnassa ja hyvinvoinnin edistämisen lautakunnassa. Kuopion nuorisovaltuusto tekee aloitteita ja ottaa kantaa päätettäviin asioihin. Kuopion kaupungissa toimii myös lasten parlamentti. (Kuosmanen 2012.) Hämeenlinnassa ei ole nuorisovaltuustoa, vaan nuorisofoorumi. Hämeenlinnassa nuorisofoorumin jäseniä ei ole kaupungin lautakunnissa. Hämeenlinnan lasten ja nuorten foorumi toimii kokoavana elimenä alueellisille nuorten vaikuttajaryhmille, nuorisotilojen tilatoimikunnille ja koulujen oppilaskunnille. Nuorten vaikuttajaryhmät kokoontuvat kuukausittain ja Lasten ja

nuorten foorumi 2-3 kertaa vuodessa. Päättäjät tapaavat nuoria vuosittain lasten ja nuorten foorumeissa. Hämeenlinnassa on otettu käyttöön vaikuttamisen polku 0-29-vuotialle vuoden 2011 alusta. Vaikuttamisen polkuun tehdään sisältöä siten, että se on lasten ja nuorten itse tekemää ja toteuttamaa niin paljon kuin mahdollista. Vuosien 2012 -2013 aikana Hämeenlinnan kaupunki on mukana Suomen Unicefin koordinoimassa Lapsiystävällinen kunta- hankkeessa, joka tähtää pysyvään toimintatapojen muutokseen lasten huomioimiseksi lapsen oikeuksien sopimuksen mukaisesti. (Hiltunen 2012.) Harjavallan nuorisovaltuusto toimii keskustelun herättelijänä ja aloitteentekijänä päätöksentekijöiden suuntaan. Harjavallan nuorisovaltuusto toimii yhteistyössä vapaa-ajan lautakunnan kanssa. Nuorisovaltuusto voi hakea puhe- ja läsnäolo-oikeutta eri lautakuntien kokouksiin ja työskentelyyn. Osallistumisoikeuden myöntää kukin lautakunta omien päätöksien pohjalta. (Lallukka 2012; Harjavallan kaupunki 2009.) Lasten ja nuorten päätöksenteon rakenteiden olemassaolo ei takaa vielä niiden käyttöä päätöksenteon tukena. Yleisesti ottaen lasten ja perheiden näkemyksillä oli vähäisin vaikutus palveluja koskevassa päätöksenteossa. Lasten ja perheiden palveluja koskevaa päätöksentekoa ohjaa eniten kunnan taloudellinen tilanne ja ylimmän johdon näkemykset. (VM 2012, 39.)

Taulukko 3. Taiteen ja kulttuurin soveltaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi (Liikanen 2010, 27)

Ehkäisevä ja ennakkoiva työ, osallisuuden edistäminen (1. Laaja ennaltaehkäisy)	Hoito- ja hoivatyö sekä kuntoutuminen (2. Kohdennettu ennaltaehkäisy)	Lääketiede ja psykiatria (3. Räätelöity ennaltaehkäisy)
Taide- ja kulttuuritoiminta Taide- ja kulttuuriperintökasvatus kouluissa Harrastus- ja kulttuurikäynnit Toiminnalliset ryhmät Sosiokulttuurinen innostaminen Soveltava-, voimauttava tai yhteisötaide Taide osana työhyvinvointia ITE-taide	Luovat terapiat ja kulttuuritoiminta osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa Sosiokulttuurinen työ integroituna hoitoon ja kuntoutukseen Yksilö- ja ryhmäterapien menetelmänä Kuvataide-, musiikki-, kirjallisuus-, draama-, tanssi- ym. terapiat Työterveyshuollon, opiskelijoiden ja koululaisten terveydenhuollon menetelmänä	Taide psykoterapian apumenetelmänä Lyhyt ja pitkäaikainen terapia

Taiteilija, virikeohjaaja, taideaineiden opettaja, artemoni, artesaani, taide- ja museopedagogi jne.	Terapeutti, muu sosiaali-, terveys-, nuoriso-, kulttuuri-, taidealan koulutuksen saanut henkilö	Psykiatri
--	---	-----------

Kulttuuritoimintaa halutaan kehittää yhtenä peruspalveluna siten, että hallitusohjelman mukaisesti kansalaisten kulttuurin tavoitettavuus ja osallisuus kulttuuriin nyt ulkopuolille jäävissä ryhmissä vahvistuu. Esimerkiksi liikuntalain uudistamisella vahvistetaan liikunnan peruspalveluluonnetta. Tavoitteena on koko väestön liikunnallisen elämäntavan edistäminen sekä liikunnan saavutettavuuden turvaaminen. (Valtiovarainministeriö 2011, 28.) Vapaa-ajan palveluiden tuottamisessa eri järjestöillä ja kolmannen sektorin toimijoilla on keskeinen paikka. Kansalaistoiminta painottuu eniten vapaa-aikaan, kulttuuriin ja urheiluun ja vasta toissijaisesti sosiaali- ja terveysalalle. (Matthies 2007, 58, 67.) Liikanen (2010, 28) on jaotellut taiteen soveltamisen kenttää hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä kolmeen osaan (taulukko 2).

5 KUNTIEN MAKROYMPÄRISTÖ

Ennaltaehkäisevä työ lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tehdään kunnissa ja siten kuntien makroympäristöillä on vaikutusta kunnan palveluihin ja niiden organisointiin. 1960- luvulla maassamme oli 548 kuntaa ja sosiaalihuolto organisoitiin erilailla eri kunnissa riippuen kunnan suorituskyvystä. Kuusi totesi vanhan kuntaorganisaation 1960- luvun lopulla natisevan liitoksistaan, mistä kertoi terveydenhuollon tehtävien siirtyminen koko ajan kuntainliittojen suoritettavaksi. Kansalaisten tulisi olla samassa asemassa sosiaalihuollon tarjoamiin palveluihin riippumatta asuinkunnasta, mutta myös ennaltaehkäiseviä palveluita ja työtä tulisi olla jokaisessa kunnassa. Kuusi nosti esille myös sosiaalihuollon ammattitaitoisen henkilökunnan epätasaisen jakautumisen ja totesi sosiaalihuollon olevan vauraan väestön keskuudessa tehokasta ja köyhän väestön

keskuudessa heikkoa. Onko nykyisin ennaltaehkäisevä työ köyhän väestön keskuudessa heikkoa ja vauraan väestön keskuudessa tehokasta? Sosiaalihuollon organisaation lujittaminen näytti silloin välttämättömältä sosiaalihuollon tarpeiden kasvaessa. (Kuusi 1968, 307- 308, 316.) Olemme uudelleen kuntarakenneuudistuksen edessä väestön vanhetessa ja huoltosuhteemme heiketessä maamme kunnissa, mutta myös ongelmien moninaistumisen ja asiakasmäärien kasvun johdosta.

Suomen Kuntaliitto enteili jo tulevia muutostarpeita ja antoi vuonna 2007 kunnille suosituksen palvelustrategian laatimista, jonka keskeisenä tavoitteena on kunnan palveluiden saatavuuden ja laadun turvaaminen. Kuntatalouden näkymät kiristyvät lähivuosina valtiontalouden sopeutustoimien ja verotulojen kasvun hidastumien myötä. Kunnilla on suuret menopaineet ja investointien arvioidaan pysyvän korkealla tasolla. Siten kuntatalouden velkaantuminen arvioidaan jatkuvan ja paine kuntaveron nostamiselle kasvaa. Hyvinvointipalvelujen tuottavuuden nostamisella nähdään olevan ratkaiseva tekijä julkisen talouden kestävyysvajeen ratkaisemisessa. Valtiovarainministeriön arvion mukaan kuntatalous kantaa puolet kestävyysvajeesta. (Valtiovarainministeriö 2011, 10–15, 58.) Huoli kuntien kyvyistä järjestää palveluita kuntalaisilleen on ajankohtainen ja lisäksi kuntien katsotaan olevan vastuussa maamme kestävyysvajeen ratkaisemisessa väestön ikääntymisen aiheuttamien sosiaali- ja terveystalouden kysynnän kasvun myötä.

Vuonna 2012 Suomessa on 336 kuntaa, jotka ovat vastuussa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Sosiaali- ja terveystaloudet itse järjestää 106 kuntaa ja yhteistoiminta-alueita on 66, joissa mukana on 220 kuntaa. Kuntatalous on lievästi alijäämäinen vuonna 2011. Kuntien verotulojen kasvu on hidastunut ja palkkamenojen kasvu nopeutunut. Vuonna 2012 kuntien verotulot ja valtion osuudet kasvavat edellistä vuotta hitaammin, vaikka kunnat nostamat veroprosenttiaan keskimäärin 0,09 prosenttiyksiköllä. Kuntien lainakannan nopea kasvu uhkaa jatkua tulevina vuosina. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän esitys kuntien määräksi on 66–70 kuntaa. (Valtiovarainministeriö 2012, 54, 68, 70, 191.) Vaikka kuntien määrä ei olisi ihan esityksen mukainen, on kuntakenttämme suurin uudistus silti käynnissä. Uudistuksen suunnittelussa ei kuntakentän toive parlamentaarista kuntalakikomiteasta eikä palveluasiantuntemusta omaavia asiakasryhmistä toteutunut. (Kuntaliitto 2011, 1; Pohjola 2010, 72.)

Jyrki Kataisen hallituksen kuntapolitiikan tavoitteena on turvata laadukkaat ja yhdenvertaiset kunnalliset palvelut asiakaslähtöisesti koko maassa, luoda edellytykset kuntien taloutta vahvistavalle kehittämistoiminnalle ja yhdyskuntarakenteen eheyttämiselle sekä vahvistaa kunnallista itsehallintoa ja paikallista demokratiaa. Hallitus yrittää toteuttaa koko maan laajuisen kuntauudistuksen, jonka tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva elinvoimainen kuntarakenne. (Valtioneuvoston kanslia 2011, 75.) Peruskuntamalli oli jo Paras- lainsäädännönkin (169 /2007) taustalla, mutta Kataisen hallitus ottaa tavoitteellisemmat otteet kuntauudistuksen toteuttamiseksi.

Paras- puitelaki on voimassa vielä 2012 ja yhteistoimintavelvoitteet vuoteen 2014 loppuun asti. Puitelaki velvoittaa kuntia perusterveydenhuollon järjestämisestä siten, että 20 000 väestöpohja toteutuisi joko kuntaliitoksen tai yhteistoiminta-alueen kautta. Puitelaki antoi kunnille vastuun väestöpohjavelvoitteen täyttymisestä, aikataulusta ja alueen määrittelystä. Lakia täsmennettiin 2011 siten, että valtioneuvosto on toimivaltainen antamaan yhteistoimintavelvoitteen kunnalle. (Valtiovarainministeriö 2012, 23, 24.) Paras-uudistuksen taustalla oli näkemys siitä, että kunnat eivät nykyisillä rakenteilla selviä tai selviytyvät huonosti tulevista tehtävistään. Paras-lain tavoitteena on eheä kuntarakenne, elinvoimainen ja toimintakykyinen kunta, jolla on riittävät edellytykset hoitaa tehtävänsä. Paras-uudistuksen toteuttamisen keinoina puitelaisissa (4 §) esitetään 1) kuntaliitokset, joilla vahvistetaan kuntarakennetta, 2) kuntien yhteistoiminnan lisääminen, jolla vahvistetaan palvelurakenteita, 3) toiminnan tuottavuuden parantaminen tehostamalla kuntien toimintaa palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä kaupunkiseutujen toimintaedellytyksiä. Paras-puitelain taustaolettamus on suuruuden ekonomian tuomat hyödyt, jossa suuremmat kunnat ja yhteistyöorganisaatiot kykenevät käyttämään voimavaroja tehokkaammin ja saavat samoilla voimavaroilla aikaan enemmän ja parempia palveluja. (Meklin & Pekola-Sjöblom 2010, 9- 11.) Suuruuden ekonomia on myös Kataisen hallituksen ajaman kuntauudistuksen tausta-ajatuksena. Onko suuruuden ekonomia ennaltaehkäisevän työn mahdollistaja?

Monissa kunnissa jopa 60–80 prosenttia kunnan budjettia koskevasta päätösvallasta on saattanut siirtyä pois kunnanvaltuustolta erilaisille yhteistoimintaorganisaatioille.

(Valtiovarainministeriö 2012, 24, 168.) Puustisen ja Niirasen mukaan erityisesti yhteistoiminta-alueiden johtamisjärjestelmät, mutta myös perinteisten peruskuntien päätöksenteko- ja johtamisjärjestelmät, ovat uudistusten myötä monipuolistuneet. Johtamisjärjestelmien monimuotoistuuessa myös lautakuntarakenteet päätöksenteon osana ovat muuttuneet monipuolisemmaksi. Tilaaja-tuottajamallien lisääntyminen sekä elämäntapa- ja prosessiorganisaation tapaan muodostetut rakenteet muuttavat päätöksenteon ja johtamisen organisoinnin välisiä suhteita ja saattavat lisätä päätöksenteon toiminnallisia tasoja. Isäntäkuntamalleissa tasoja on kolme: valtuusto, hallitus sekä yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaava lautakunta. Kuntayhtymämalleissa tasoja on neljä tai viisi, riippuen siitä onko palvelut järjestetty tilaaja-tuottajamallin mukaan vai ei: jäsenkunnan valtuusto ja hallitus, kuntayhtymän valtuusto ja hallitus sekä tilaaja-tuottajamallissa lisäksi kuntayhtymän lautakunta. (Niiranen ym. 2011, 21, 24, 28.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet ovat muotoutuneet palveluiltaan ja rakenteiltaan hajanaiseksi. Yhteistoiminta-alueiden syntyminen on vähentänyt perusterveydenhuollossa organisaatioiden määrää, mutta yhteistoimintajärjestelyjen kirjo on johtanut hallinnollisesti sekaviin ja raskaisiin rakenteisiin, jotka vaikeuttavat ohjausta. Sosiaalihuoltoa hoidetaan usein kunnissa terveydenhuollon ollessa yhteistoiminta-alueen hoidettavana, mikä on lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden määrää. Keskeisenä Parras-uudistuksessa on ollut vapaaehtoisuuteen perustuva logiikka ja ohjauksen epäjohdonmukaisuus. Nykyisen hallituksen kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteyteen nivoutuu muutosta tukeva lakipaketti, jota kutsutaan kuntien muutosturvaksi: rakennelaki, sote- järjestämislaki, valtiosuuslainsäädäntö ja uusi kuntalaki. (Valtiovarainministeriö 2012, 28- 31, 184; Niiranen ym. 2011.)

Hallituksen näkemys kuntauudistuksesta myötäilee työssäkäyntialueisiin perustuvien vahvojen peruskuntien osalta Kuntaliiton näkemyksiä. Vahvaa peruskuntaa ei Kuntaliiton mukaan ole kuitenkaan mahdollista saavuttaa kaikkialla yhden mallin mukaan. Hallitusohjelmassa kirjataan, että kunnan tulisi olla riittävän suuri pysyäkseen itsenäisesti vastaamaan peruspalveluista vaativaa erikoissairaanhoidoa ja vaativia sosiaalihuollon palveluita lukuun ottamatta. Kuntaliitto näkee vahvan peruskunnan

edellyttävän lähidemokratiaa. Hallitusohjelmassa kirjoitetaan, että vahva ja itsenäinen kunta kykenee hallitsemaan markkinoita palveluiden tuotantotapojen monipuolistuessa ja vastaamaan vaatimuksiin asukkaiden valinnanvapauden lisäämisestä. (Valtioneuvoston kanslia 2011, 75- 76; Kuntaliitto 2011, 1-8.) Tässä tulee esille myös markkinalähtöisyyden ajatus, jossa kunnan lisäksi on muitakin palveluiden tuottamistapoja.

Sote-järjestämislain ja muiden sektorilakien valmistelu sovitellaan yhteen valtakunnalliseen kuntauudistukseen sekä aikataulullisesti että sisällöllisesti. Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveys palvelut järjestetään yhtenä kokonaisuutena painottaen ennaltaehkäisyä ja asiakkaan asemaa. Hallitus haluaa lisätä kuntien kykyä selvitä tehtävistään ja velvoitteistaan omalla verotulorahoituksellaan. Hallitus painottaa palveluiden järjestämisen- ja tuotantovastuun selkeyttämistä ja eriyttämistä kunnissa, mikä tarkoittaa tilaaja- tuottaja- mallien suosimista palveluiden tuottamisessa. Sosiaali- ja terveystalouden rahoittamiseen ja järjestämiseen kykenevän vahvan kunnan vaihtoehtona on kuntien yhteinen sosiaali- ja terveydenhuoltoalue. Kuntaliiton ajatus hyväksi malliksi näissä kunnissa oli piirikuntamalli, joka ei hallitusohjelmassa saanut tukea. (Valtioneuvoston kanslia 2011, 75- 76; Kuntaliitto 2011, 1, 8, 10.)

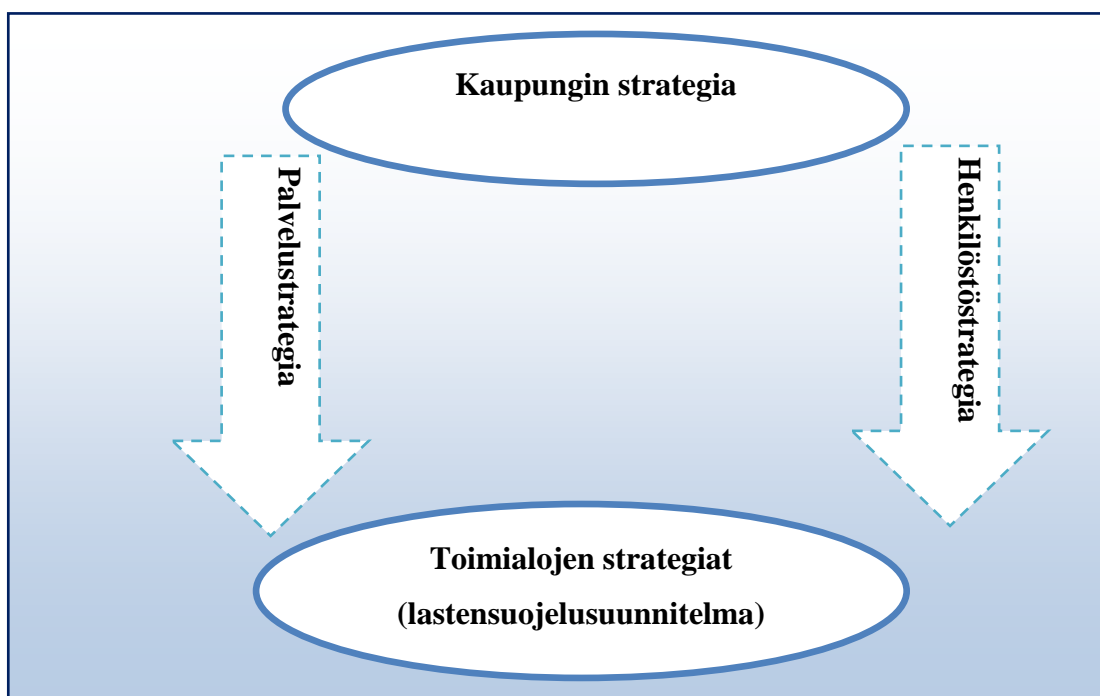
Uudistuksessa tuleville kunnille tai niiden sote-alueille siirtyisi laajasti nykyisten sairaanhoitopiirien tehtäviä. Uudistuksessa nähdään, että sosiaali- ja terveystalouden sijoittuminen saman vastuuorganisaatioon antaa mahdollisuuden kehittää sen kaikkia osia tasapuolisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota tullaan vahvistamaan yhteistoiminnan lisäksi yhteisellä palvelurakenteella. Tulevassa palvelujärjestelmässä tulee pystyä johtamaan palveluprosesseja kokonaisuutena niin, että asiakas voi luottaa saavansa tarvitsemansa laadukkaat palvelut asiakaskeskeisenä kokonaisuutena silloin, kun niitä tarvitsee. Tämä tarkoittaa riittävää hoito- ja palveluketjujen johtamista kokonaisuutena. (Valtiovarainministeriö 2012, 70- 73.) Tämä antaa hyvän mahdollisuuden palveluiden organisoimiseksi monialaiseksi ja ennaltaehkäiseväksi yhden peruskunnan sisällä. Kuusi (1968) huomasi jo suomalaisen kansan luonteen laadun avunhakemisen suhteen todeten, että ehkäisevät ja tehokkaat palvelut tuskin onnistuvat, ellei väestö opi hakemaan ajoissa apua. Palvelut on saatava siten kansaa

lähelle. (Kuusi 1968, 318.) Ennaltaehkäisevä työ onnistuu siten helpommin lähellä kansaa ja heidän peruspalveluissaan.

Toisaalta taas kuntien riittämätön panostus perusterveydenhuoltoon näkyy monissa vertailutiedoissa sairaanhoidon lisäksi mm. ennaltaehkäisevien palveluiden toteutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan lupaviraston (Valvira) tekemän kyselyn (2011) mukaan eniten terveydenhoitajia puuttui lastenneuvoloista ja lääkäreitä eniten kouluterveydenhuollosta eli kuntien peruspalveluista, joita tuotetaan lähellä kuntalaisia heidän luonnollisissa ympäristöissään. (Valtiovarainministeriö 2012, 86- 87.) Seuraavaksi tarkastelen tutkimuskuntien Kuopion, Hämeenlinnan ja Harjavallan palvelujärjestelmiä ja niiden antamia mahdollisuuksia ennaltaehkäisevän työn toteutumiselle lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kohdalla.

6 TUTKIMUSAINEISTO

Olen analysoinut dokumenttianalyysillä Kuopion, Hämeenlinnan ja Harjavallan kaupunkien viimeisimpiä strategioita, lastensuojelusuunnitelmia (lastensuojelulaki 12 §) ja muihin palveluiden järjestämiseen liittyviä strategioita kuten palvelustrategiaa ja lapsi- ja nuorisopoliittista ohjelmaa (Kuva 4.), jotka ovat osana kaupungin kokonaisvaltaisen strategian toteutumista.



Kuva 4. Kaupungin eri strategioiden suhde toisiinsa

Olen tehnyt Kuopin kaupungille kesällä 2010 raportin ”*Ennaltaehkäisevä näkyväksi. Kuopion kaupungin ennaltaehkäisevät palvelut, mitä ne ovat ja miten niistä tulisi mitata?*”, jota hyödynnän Kuopion tausta-aineistona. Kuopion pääaineistoja ovat: 1) Kuopion kaupungin lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma 2006- 2012, 2) Kuopion lastensuojelun suunnitelma 2009- 2012 ja Kuopion lastensuojelun suunnitelman toimenpide- ehdotukset (2010), 3) Kuopion kaupungin strategia vuoteen 2020 ja 4) Kuopion palvelustrategia 2017. Hämeenlinnan aineistoja ovat: 1) lastensuojelusuunnitelma 2010–2013, 2) lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2010-2013 ja 3) Hämeenlinnan palvelu- ja hankintastrategia. Harjavallan osalta aineistona ovat: 1) lastensuojelusuunnitelma, 2) Harjavallan kaupungin strategia 2016 ja 3) Harjavallan strategian väliarviointi (2011).

Tutkimusdokumentit hain kaupunkien Internet- sivuilta, ohjaajiltani ja tein tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä sähköpostilla kaupunkien viranhaltijoille. ARTTU- hankkeen sosiaali- ja terveystalouden arviointi moduuli (SOTEPA) oli tausta-aineistona kaupunkien tilastojen analysoimiselle. Dokumenttianalyysi on kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, jossa tutkitaan järjestelmällisesti dokumentteja sekä elektronisia että paperiversioita. Dokumenttianalyysissä tarkastellaan, tulkitaan dokumentteja ja

niiden avulla saadaan tarkoitus ja ymmärrys tutkittavasta aiheesta ja siten kehitetään empiiristä tietoa tutkimusaiheesta. Analyytinen prosessi edellyttää dokumenttien löytymistä, valitsemista, arvioimista ja synteetin tekemistä. Dokumenttianalyysi on tehokas tutkimusmenetelmä, sillä siinä aineisto valitaan keräämisen sijaan. Julkinen aineisto on usein helposti saatavilla. Dokumenttianalyysissä tutkija ei pääse reaktiiviseen suhteeseen tutkittavien kanssa, sillä dokumentit ovat pysyviä aineistoja. Dokumentit ovat usein kattava aineisto, mutta ne ovat usein tehty muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Tutkijan pitää määritellä aineiston käyttökelpoisuus ja aitous, dokumentin alkuperäinen tarkoitus, konteksti, missä se on kirjoitettu ja kenelle se on suunnattu. (Bowen 2009, 27, 31–32, 38.) Dokumenttianalyysi soveltui hyvin kaupunkien julkisten aineistojen tutkimiseen. Olen jakanut dokumenttianalyysini neljään kategoriaan, joissa analysoin ja arvioin kaupunkien asukastietoja ja strategioita, kunta- ja palvelurakennemuutostusta ja kaupunkien dokumenteista esille nousseita erityispiirteitä.

6.1 Kuopio

Asukastiedot ja strategia

Kuopion väkiluku on 96 793 (2010) ja asukasluvun on arvioitu kasvavan 3,8 prosenttiyksikköä eli kuopiolaisia olisi pian 100 442. Kuopion huoltosuhde on 46 (2010) ja vuonna 2030 sen on arvioitu olevan 69,9. Kuopion veroprosentti on 19,50 ja valtion rahoittamaa osuutta on 20,7 prosenttia. Kuopio on suhteellisen velkaantunut 42,6 prosenttia. Kunnan taseen kertynyt ylijäämä on 178 €:a asukasta kohden. Kuopion kaupungin taloudellinen tilanne on tuonutkin ennaltaehkäisevälle työlle omat haasteensa, sillä kaupungissa on tehty mittavia sopeuttamisohjelmia talouden tasapainottamiseksi vuoteen 2011 mennessä. Kuopioon on liittynyt jo Vehmersalmi ja Karttula. Maaningan kanssa ovat kuntaliitosselvittelyt parhaillaan meneillään ja Nilsia liittyy Kuopioon vuoden 2013 alussa. Kuopiossa oli vuoden 2009 alussa 17 762 alle 18-vuotiasta lasta eli n. 19 prosenttia koko väestöstä. Lasten osuus koko väestöstä ja lapsiperheiden osuus kaikista perheistä on alentunut hieman viime vuosina. Kuopiossa on noin 9800 lapsiperhettä, mikä on 40 prosenttia kaikista perheistä. (Valtiovarainministeriö 2012, 199, 205, 217, 223; Kuopion kaupunki 2010b, 8, 10.)

Kuopio oli Paras- luokituksen mukaan kaupunkiseutukunta vuonna 2007 ja kuntaliitoskunta vuoden 2011 luokituksen mukaan. Kuopiolla on oma palvelutuotanto. (Meklin & Pekola- Sjöblom 2010, 21, Niiranen ym. 2011, 20, 26.) Kuopion kaupungin strategia linjaa, että vuonna 2012 Kuopion palvelurakenne on uudistunut, Kuopiossa on toimiva strateginen johtamisjärjestelmä ja vahva muutoskyky. Kuopion kaupungin strategiana vuodelle 2020 ovat rohkeus, luovuus, yhdessä tekeminen ja asiakaslähtöisyys. Visiona vuodelle 2020 on, että Kuopio on 150 000 asukkaan elävä ja kansainvälistynyt yliopistokaupunki, jossa on vahva yhdessä tekemisen henki. Visiossa nähdään Kuopion kasvuhalu isoksi kaupungiksi, joita monikuntaliitokset edesauttavat saavuttamaan. Yhtenä päämääränä kaupungilla listataan, että Kuopiossa on asiakaslähtöiset ja ennaltaehkäisyä painottavat palvelut ja että, Kuopio on edelläkävijä hyvinvointipalvelujen kehittämisessä. Asiakaslähtöiset ja ennaltaehkäisevät palvelut nähdään myös kaupungin menestystekijöinä. Kuopion kaupungin visiossa asiakaslähtöisyys määritellään kuntalaisten mukaan ottamisena toiminnan ja palveluiden kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys nähdään myös palveluasenteena. Lastensuojelusuunnitelmassa painottuu edelleen palveluiden tuottajien ja viranomaisten näkökulma eikä lasten palautetta palveluista ole huomioitu. Lastensuojelusuunnitelmassa ajatellaan asiakaslähtöisyyden kuitenkin toteutuvan, kun asiakkailta on kysytty palautetta palveluiden vaikuttavuudesta ja palveluiden kehittämisehdotuksista. Asiakkuuden hallinnalla ja segmentoinnilla uskotaan selventävän sitä, ketkä ovat asiakkaat, mitä palveluita he käyttävät ja mitä palveluita he tarvitsevat tulevaisuudessa. Uudistuksessa nähdään tarpeellisena tietojärjestelmien yhtenäistäminen ja systemaattisen tiedon kerääminen asiakkaiden palveluhistoriasta ja käyttämistään palveluista. (Kuopion kaupunki 2010a, 2, 5; Kuopion kaupunki 2010b, 9, 28.)

Kunta- ja palvelurakenneuudistus

Kuopion palvelualueuudistuksessa on päädytty kuuteen palvelualueeseen, joiden suhdetta toisiinsa voidaan kuvata ns. suppilomallilla. Perusturvan ja terveydenhoidon palvelualueet ovat tarvelähtöisiä ja siten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat halutaan takaisin ohjata mahdollisimman nopeasti suppilon suulta suppilon keskelle;

takaisinohjaus on hyvinvoinnin edistämisen, kasvun ja oppimisen ja kaupunkiympäristön palveluihin.

Asiakaslähtöisyys, ennakoiva ja ennaltaehkäisevä palvelurakenne ja palvelukumppanuus järjestöjen ja yritysten kanssa nähdään Kuopion kaupungin strategisina tavoitteina. Palvelukumppanuus onnistuu hyvin järjestöjen kanssa, sillä kaupungissa on yli 50 lapsille ja nuorille liikunta-, urheilu-, kulttuuri- ja vapaa-ajan toimintaa tuottavaa järjestöä ja yli 30 järjestöä, joiden tarkoituksena on edistää lasten, nuorten ja heidän perheidensä hyvinvointia vaikuttamalla kasvuoloihin, vähentämällä riskiolosuhteita ja järjestämällä ehkäisevää toimintaa. Lastensuojelun perheitä ja nuoria tukevia palveluita tuottavia yrityksiä on kuusi ja sijaishuollon palveluita tuottaa viisi yritystä. Kunnan ja palveluntuottajan välisistä puite- ja ostopalvelusopimuksista ei ollut tarkempia tietoja kuten asiakaslähtöisien ja ennaltaehkäisevien palveluiden huomioiminen sopimuksessa. (Kuopion kaupunki 2010a, 9; Kuopion kaupunki 2010b, 20.)

Kuopion strategiassa kirjoitetaan, että tavoitteena on palvelurakenteen keventäminen ja keskittyminen ydintehtäviin, jossa asiakkaita kannustetaan omatoimisuuteen ja etsitään uusia tapoja tuottaa palveluita. Kaikki palvelut tulee läpikäydä siitä näkökulmasta, mikä on varsinaista palvelua ja mikä on siihen läheisesti liittyvää tuki- tai avustavaa palvelua. Tukipalvelut, jotka ovat niitä palveluja, jotka eivät näy suoraan kuntalaisille, ovat helpoimmin organisoitavissa laajemmalla alueella tuotettaviksi. Palvelurakenteen muutoksessa on pohdittava kaupungin palveluverkostojen tulevaa kehittämistä ja samalla sitä, mikä palvelut taataan kaupunkilaisille asuntoalueittain lähipalveluna tietyllä etäisyydellä ja mitkä palvelut ovat niitä, jotka tuotetaan yhdestä pisteestä koko kaupunkialueelle. Kuopiossa ikääntymisen myötä joiltain asuntoalueilta alle kouluikäisten ja koululaisten määrän väheneminen näkyy päivähoitopaikkojen ja oppilaspaiikkojen vähenemisenä ja niitä palvelevien tilojen ja alueiden vähenemisenä. Lakisääteisten palvelujen tuottamisesta kunta ei voi tinkiä, mutta niissäkin halutaan tarkastella palvelujen laatutasoa ja tuottamistapaa. (Kuopion kaupunki 2010a, 9; Kuopion kaupunki 2007, 10- 12, 19; Kuopion kaupunki 2010b, 20.)

Kuopion palvelustrategiassa korostetaan asukkaiden vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja omaisten, sukulaisten ja ystävien vastuuta sekä huolenpitoa läheisistään. Kuopiossa halutaan panostaa terveyden ja hyvinvoinnin kaikinpuoliseen edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan. Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on läpikäyvä teema kaikessa kaupungin toiminnassa. Asukkaiden oman hyvinvointivastuun lisäämisessä ovat mukana asukkaiden itsensä ja heidän lähipiirinsä lisäksi kaikki hallintokunnat, sidosryhmät sekä kolmannen sektorin toimijat. Poikkihallinnollista yhteistyötä korostetaan yhteisten hankkeitten avulla (esim. Aktiivinen lapsuus ja nuoruus Kuopiossa toimintakokonaisuus). Lastensuojelun palveluita on 2000- luvulla kehitetty 11:sta eri hankkeessa. Ongelmana tunnustetaan se, että hankkeiden kehittämisehdotuksia ei ole pantu täytäntöön ja uusi kehittämisohjelma on jo alkanut ennen kuin edellinen on päättynyt. Siten lastensuojelusuunnitelma 2009- 2012 sisältää samoja kehittämisehdotuksia kuin edellinen suunnitelma. (Kuopion kaupunki 2007, 17; Kuopion kaupunki 2010b, 8.)

Asukkaiden oma vastuu palvelujen kustannuksista lisääntyy varsinkin niiden palvelujen osalta, joissa kaupungin järjestämisvelvoite on vapaaehtoinen esimerkkinä kotipalvelut lapsiperheille. Kuopion kaupunki hankkii perheiden kotipalvelun ostopalveluina. Kuopion kaupunki tarjoaa lastensuojelun perhetyötä, intensiivistä perhetyötä ja pakolaisperhetyötä ja lisäksi neuvolan perhetyötä. Lastensuojelun perhetyö on kohdennettu lastensuojelun asiakkaille, pakolaisperhetyötä saa kotouttamisvaiheen tukena ja neuvolan perhetyö on matalan kynnyksen perhetyötä. (Kuopion kaupunki 2007, 17; Kuopion kaupunki 2010b, 8, 24; Hiltula 2012.)

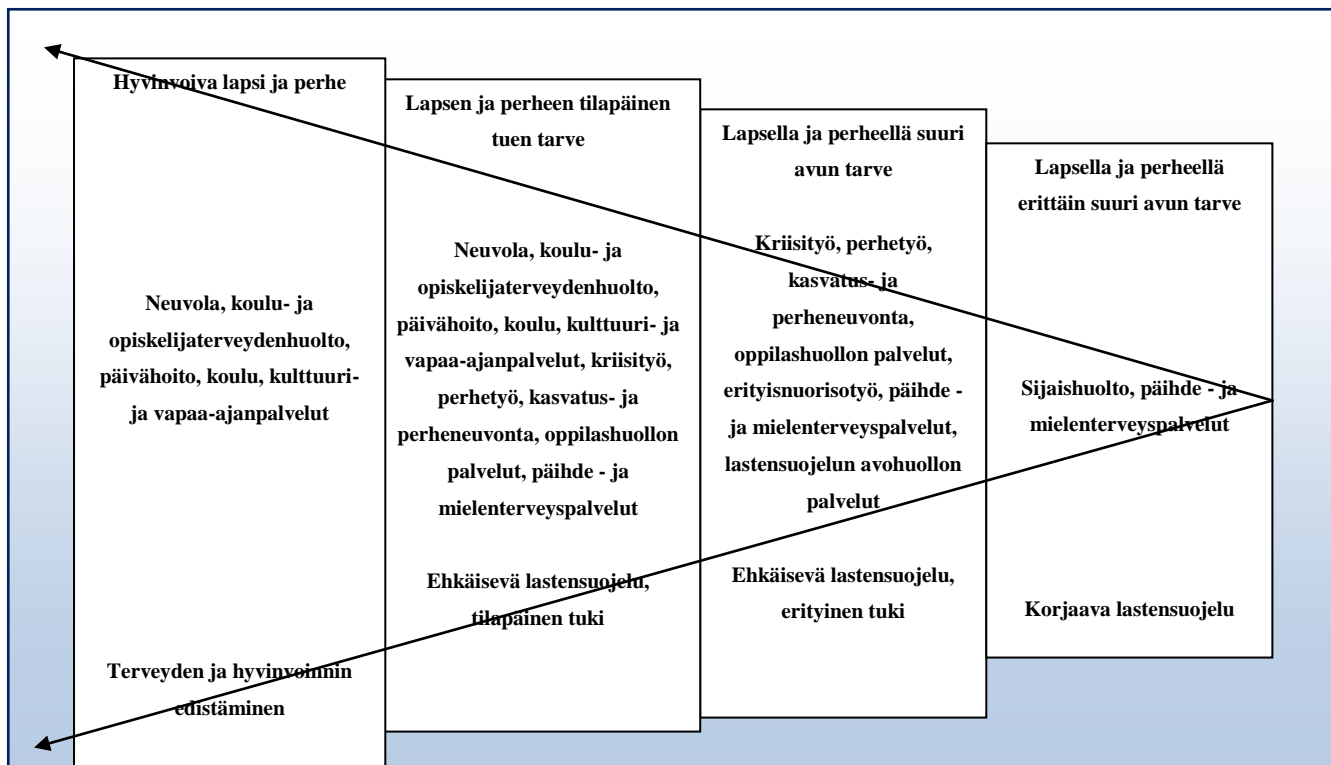
Kuopion kaupungin uudistuksessa on myös piirteitä kysyntäorientoituneesta (demand-oriented) terveydenhuollosta, jossa ammattilainen ottaa päätöksenteossa asiakkaan tarpeet ja halut huomioon, kohtelee asiakasta kunnioittavasti ja tarjoaa tarvittavaa tietoa eri vaihtoehdoista. Kuopiossa ajatellaan, että palvelu tulee räätälöidä mahdollisuuksien mukaan asiakkaan tarpeisiin sopivaksi, sivuuttamatta asiakkaan omaa vastuuta asioittensa hoidosta. Omatoimisuuteen tulee kannustaa ja viranomaisen apu tulee olla kaikessa asiakkaan omatoimisuutta tukevaa. Asiakas ja hänen tarpeensa tulee hoitaa kokonaisuutena hallinnollisista rajoista riippumatta. Palveluohjaus nähdään yhtenä uudistuksen keskeisenä kehittämisalueena, jossa tunnistetaan asiakkaan yksilölliset

tarpeet ja siirrytään tarjontakeskeisestä palveluista käyttäjä- ja kysyntäkeskeisiin palveluihin. Lastensuojelussa erityisen tuen tai viimesijaisen lastensuojelun palveluihin ajaudutaan vasta, kun ongelmat ovat kriisiytyneet. Kehittämiskohteina palvelunohjaukselle nähdään lastensuojeluilmoituskäytännöt, suunnitelmallinen yhteistyö, kun lapsi on useiden palveluiden asiakkaana, lastensuojelutarpeen tekeminen ja sijoituksen suunnittelu. (Kuopion kaupunki 2007, 18; Kuopion kaupunki 2010b, 27.)

Lastensuojelusuunnitelma

Kuopion lastensuojelun suunnitelmassa lastensuojelun palvelujärjestelmä on jaettu terveyttä ja hyvinvointia edistäviin, lastensuojelun tarvetta ehkäiseviin, lastensuojelun korjaaviin ja viimesijaisiin palveluihin, mitkä mukailevat kaupungin palvelualueuudistuksen palveluprosesseja ja lastensuojelulakia (Kuva 5). Terveyttä ja hyvinvointia edistävällä toiminnalla tavoitellaan kasvuolosuhteisiin vaikuttamista, lasten kasvuyhteisöjen turvallisuuden lisäämistä, riskiolosuhteita vähentäviä ja ehkäiseviä toimia. Toiminta antaa mahdollisuuksia osallistua, toimia ja olla osana yhteisöä, ilmaista itseään sekä hyödyntää ja kehittää omia voimavarojaan. Toimijoina tällä alueella nähdään 1) valtio (poliisi, työvoimapalvelut, pelastus,) 2) kunta (opetus, kulttuuri, terveydenhuolto ym.) ja 3) järjestöt, seurakunnat, yksityiset palveluntuottajat. Terveyttä ja hyvinvointia tukevan toiminnan tavoitteena on antaa lapselle, nuorelle ja perheelle palveluita, jotka mahdollistavat lapsen kasvun ja kehityksen sekä hyvinvoinnin. Palvelut ovat kaikkien käytettävissä ja niihin ohjaututaan tietyin kriteerein. Lapselle voidaan antaa erityistä tukea päivähoidossa, koulussa tai terveydenhoidossa. Terveyttä ja hyvinvointia korjaavan toiminnan tavoitteena on tukea niitä lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviä vaikeuksia tai vaurioita, joihin ei pystytä vaikuttamaan peruspalveluiden keinoilla. Palveluihin ohjaututaan ammatillisen arvioinnin tai selvityksen perusteella (terveydenhoito, lastensuojelu) ja palvelu toteutetaan asiakaskohtaisen suunnitelman mukaisesti tietyinä ajanjaksona. Esimerkkejä viimesijaisista ja korjaavista palveluista: yksilökohtainen lastensuojelu (avohuollon tukitoimet, sijaishuolto, jälkihuolto), muut lasten ja perheiden erityispalvelut (aikuisten ja lasten mielenterveys- ja päihdepalvelut). Toiminta perustuu ammatilliseen osaamiseen ja on kunnan vastuulla. Palveluita voivat tuottaa myös järjestöt tai yksityiset palveluntuottajat. Tavoitteena on muuttaa palvelurakennetta korjaavista ja

viimesijaisista palveluista kevyempiin peruspalveluihin. Peruspalveluiden tehtävänä on palvella lapsia, nuoria ja lapsiperheitä siten, että heillä olisi nykyistä vähemmän tarvetta viimesijaisiin lastensuojelun palveluihin. (Kuopion kaupunki 2010b, 2010, 3- 7.)



Kuva 5. Lapsen hyvinvoinnin jatkumo Kuopion kaupungissa (2010b, 6.)

Peruspalveluissa tehtävä ehkäisevä työ ei ole vastannut riittävästi lasten ja perheiden tarpeisiin. Tähän osaltaan vaikuttaa oppilashuollon, terveydenhuollon ja lastensuojelun sosiaalityön henkilöstöressurssien puutteellisuus valtakunnallisiin suosituksiin suhteutettuna. Lastensuojelun viimesijaisempia palveluita tarvitsevien määrä on lisääntynyt Kuopiossa vuosi toisensa jälkeen. Lastensuojelusuunnitelmassa ei nähdä asian kuitenkaan helpottuvan ainoastaan henkilöstöressurssien lisäämisellä, vaan se vaatii palvelurakenteiden kriittistä tarkastelua erityisesti eri toimijoiden yhteistyökäytänteiden suhteen. Lastensuojelun suunnitelmasta tulee esille se, että myös lastensuojelulta odotetaan ennaltaehkäiseviä toimia, joita ovat lastensuojelun työntekijöiden asiantuntija- ja yhteistyöavun antaminen peruspalveluille. Tällä hetkellä liian moni lapsi perheineen tulee lastensuojeluasiakkaaksi tilanteessa, missä viimesijaisen lastensuojelun avohuollon tukitoimetkaan eivät enää auta. (Kuopion kaupunki 2010b, 8- 9.)

Kuopiossa on perustettu vuonna 2009 lapsiperhepalveluiden tuloksyksikkö, jonka tarkoituksen on selvittää työnjakoa eriyttämällä palvelut avohuollon (lastensuojelutarpeen selvitys, muut avohuollon palvelut, toimeentuloturva, sosiaalipäivystys, poliisin sosiaalityö, turvakotitoiminta, lastensuojelun perhetyö), sijaishuollon (perhehoito, laitoshoido, ostopalvelut) ja erityispalveluiden (perheoikeudelliset palvelut, riita- ja rikosasioiden sovittelu) järjestämiseen. Vuonna 2008 Kuopiossa tehtiin 421 lastensuojelutarpeen selvitystä eli noin 20 selvitystä yhtä lastensuojelun sosiaalityöntekijää kohden. Tehtyjen selvitysten perusteella asiakkuus jatkui 91 lapsen kohdalla eli 330 lapsen kohdalla lastensuojelunasiakkuus päättyi lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen. Lastensuojelutarpeen selvitys on olennainen palvelunohjauksen keino. Lastensuojelutarpeenselvityksen tekeminen toimii jo usein ennaltaehkäisevänä toimenä lapsen ja perheen tilanteelle. Selvityksen jälkeen lastensuojelun asiakkuus voi jatkua myös muilla avohuollon tukitoimilla tai huostaanoton valmisteluna. Lastensuojeluselvityksiä ei ole kuitenkaan tehty kaikille lastensuojelun asiakkaille puutteellisista henkilöstöresursseista johtuen. Kuopiossa tehtiin vuonna 2008 päätös avohuollon tukitoimen myöntämisestä 483 lapselle. Avohuollon tukitoimia saaneiden lasten osuus on kasvanut koko 2000-luvun. Lastensuojelutarpeen selvitys auttaa myös ohjaamaan avohuollon tukitoimien oikein kohdentumista. Lastensuojelutarpeen selvityksen tarkoituksena on avohuollon työskentelyn suunnitelmallisuus, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus ja lapsen osallisuus omassa asiassaan. (Kuopion kaupunki 2010b, 18, 21–24.)

Kuopiossa ensimmäinen lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma valmistui vuonna 2000 valtuustoaloitteen toimesta ja kaupunginhallitus nimitti tähän lapsi- ja nuorisopoliittisen neuvottelukunnan. Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma valmistui monialaisessa verkostossa. Hallitus hyväksyi ohjelman ohjaamaan lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyvää päätöksentekoa ja toimintaa. Uusi lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta nimitettiin kaupunginhallituksen toimesta 2006 ja valmistelevalle työryhmän toimikaudelle 2006–2008. Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittisessa ohjelmassa 2006–2012 on neljä painopistettä: 1) vanhemmuuden vahvistaminen, 2) lasten ja nuorten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden turvaaminen, 3) nuorten työllistyminen ja riittävän elintason turvaaminen ja 4) hyvien käytäntöjen jatkaminen,

levittäminen ja kehittäminen. Visiona vuodelle 2012 on iloinen, terve ja turvallinen lapsuus ja nuoruus Kuopiossa, jossa korostuu ehkäisevä toiminta ja varhainen puuttuminen. (Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta 2006, 2, 4-6.)

Lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta ja valmisteleva ryhmä toimivat lapsiperhepalvelujen suunnittelu ja seurantaryhmänä. Tavoitteiden saavuttamista halutaan arvioida myös uusien vanhemmuutta kuvaavien mittareiden (vauvaperheen arjen voimavarat, perhetilannepuntari, vanhemmuuden roolikartta) avulla. Lastensuojelusuunnitelmassa tahtotilana oli monialaisuuden toteutuminen. Lastensuojelusuunnitelman tehtyjä ehdotuksia on vuosittain arvioitava palvelualueittain ja samalla tehtävä päivityksiä suunnitelmaan. (Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta 2006, 8- 9; Kuopion kaupunki 2010b, 4.)

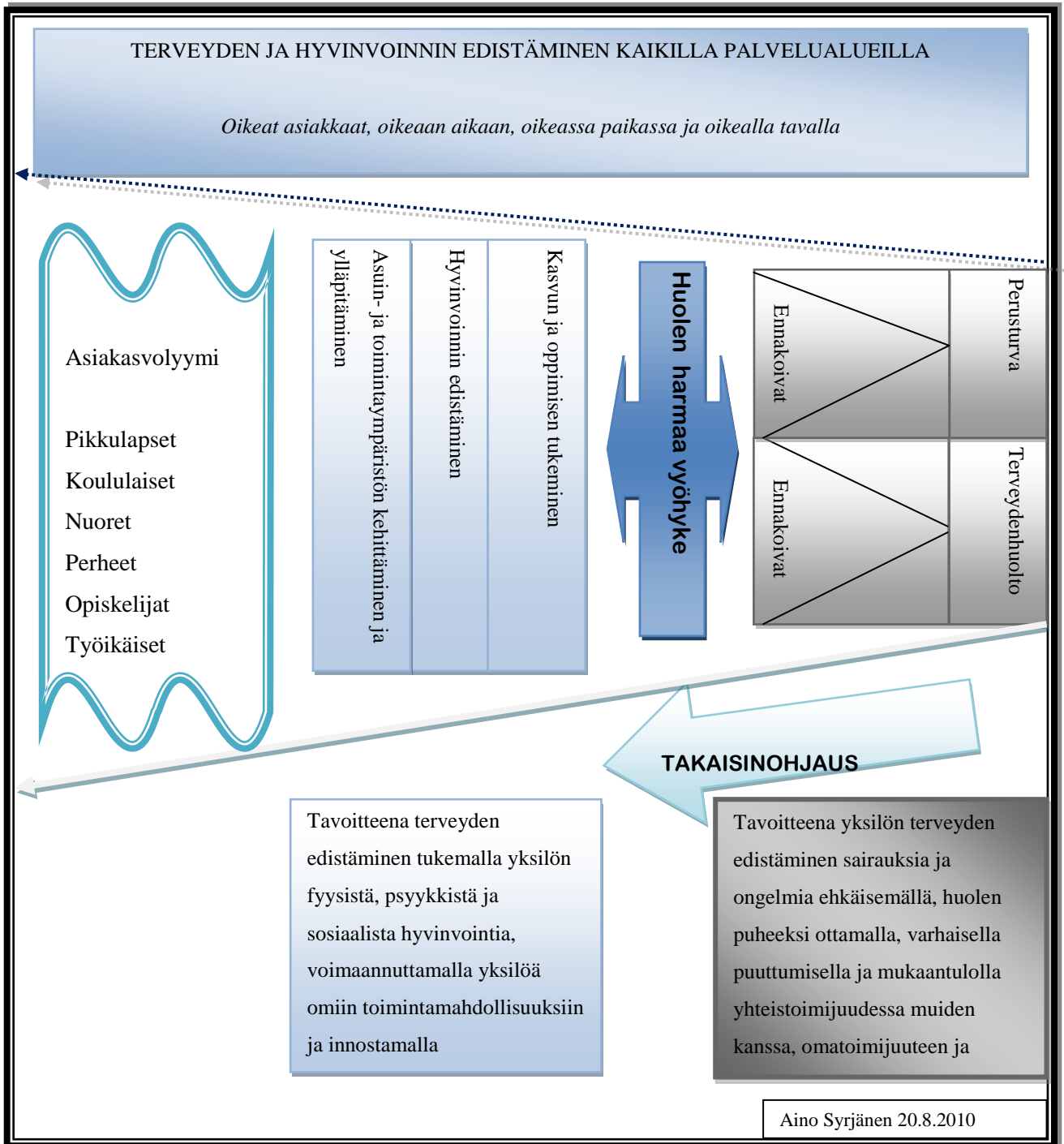
Erityispiirteet

Kuopion kaupungin palvelualueuudistusta ohjaa ennaltaehkäisevän hallintomalli ”suppilomalli”, jossa ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat suunnattu punaisella nuolella osoittamaan hyvinvoinnin edistämisen, kasvun ja oppimisen tukemisen, asuin- ja toimintaympäristön kehittämisen ja ylläpitämisen, vetovoimaisuuden ja elinkeinoelämän vahvistamisen palvelualueita. Mallissa terveydenhuollon ja perusturvan palvelualueen tavoitteeksi on laitettu hyvinvointi terveyttä edistävällä työotteella, ohjaten kuntalaiset ennaltaehkäisevien palveluiden piiriin. Haastattelin raporttiin toimialojen johtajia ja heidän vastauksiensa perusteella terveydenhuollon ja perusturvan palvelualueet omaavat myös ennaltaehkäiseviä toimia, joiden luokittelu laajaan, kohdennettuun ja räätälöityyn ennaltaehkäisyyn onnistuu. (Syrjänen 2010, 53–54.)

Terveydenhuollon ja perusturvan palvelualueilla asiakkaita ja potilaita kuitenkin diagnosoidaan ja luokitellaan negatiivisen terveys-käsitteen avulla väistämättä. Tavoitteena on kuitenkin ennakoiva osaaminen ja siten ennakoivien toimien hyödyntäminen, jotta terveyttä ja hyvinvointia edistetään parhaalla mahdollisella tavalla pitäen silmällä ennaltaehkäisevä työ. Kuopion kaupungin ennaltaehkäisevään toimintaan pyrkivässä mallissa terveydenhuollon ja perusturvan asiakkaat ovat

luokiteltu tarpeidensa mukaan (tukea tarvitsevat perheet, taloudellista tukea tarvitsevat, erityisryhmät, riskiryhmät, sairastuneet ja asiantuntija-arviota tarvitsevat), kun taas hyvinvoinnin edistämisen ja kasvun ja oppimisen tukemisen asiakkaat ovat lueteltu: lapset, nuoret, lapsiperheet, opiskelevat, työkäiset, ikääntyvät, yritykset, yhteisöt ja järjestöt.

Pääajatuksena suppilomallissa (Kuva 6.) on, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on kaikkien palvelualueiden tehtävä. Puhutaan asiakas- ja yhteiskunnallisesta vaikuttavuudesta tarkoittaen oikeat asiakkaat, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja oikealla tavalla. Asiakkaita ei ole luokiteltu ongelmien mukaan. Perusturvan ja terveydenhuollon alueella on toinen ”suppilo”, joten ennakoivia toimia ennen ”suppilon” pohjaa on vielä tehtävissä. Asiakasvolyyymiä ”suppilon” pohjalla voidaan vähentää ennakoivilla toimilla. Perusturvan ja terveydenhuollon alueella terveyden edistäminen sairauksien ja ongelmien ehkäisyssä on keskeinen. Nuoli kuvaa jatkuvaa takaisinohjausta, jossa vastuuta annetaan yksilölle itselleen ja hänen lähiyhteisölleen. Kannustetaan omaehtoiseen hyvinvoinnin edistämiseen, voimaantumiseen ja yhteisöllisyyteen, sosiokulttuuriseen innostamiseen. Kannustetaan terveyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tasapainoon, joita kasvun ja oppimisen ja hyvinvoinnin edistämisen alueilla edistetään. Harmaa vyöhyke kuvaa aluetta, johon pitää erityisesti kiinnittää huomiota. Peruspalveluiden työntekijöiden konsultoiminen ja lastensuojelun palveluiden tarjoaminen ajoissa ovat myös ennaltaehkäiseviä toimia. Harmaan vyöhykkeen alue vaatii erityistä huomiota, että peruspalveluiden asiakkaiden kasvavat tarpeet huomioidaan ajoissa ja ennakoiden. Työntekijöiden toiminta harmaalla alueella on olennaista, että he uskaltavat pyytämään tukea ajoissa ennen kuin lasten, nuorten ja perheiden tilanteet kriisiytyvät. Palveluverkoston tulee toimia samaan suuntaan ja siten kyse on sekä palvelukulttuurin muutoksesta että rakenteellisista muutoksista. (Syrjänen 2010, 53–54.)



Kuva 6. Kuopion kaupungin suppilomalli (Syrjänen 2010, 54.)

6.2 Hämeenlinna

Asukastiedot ja strategia

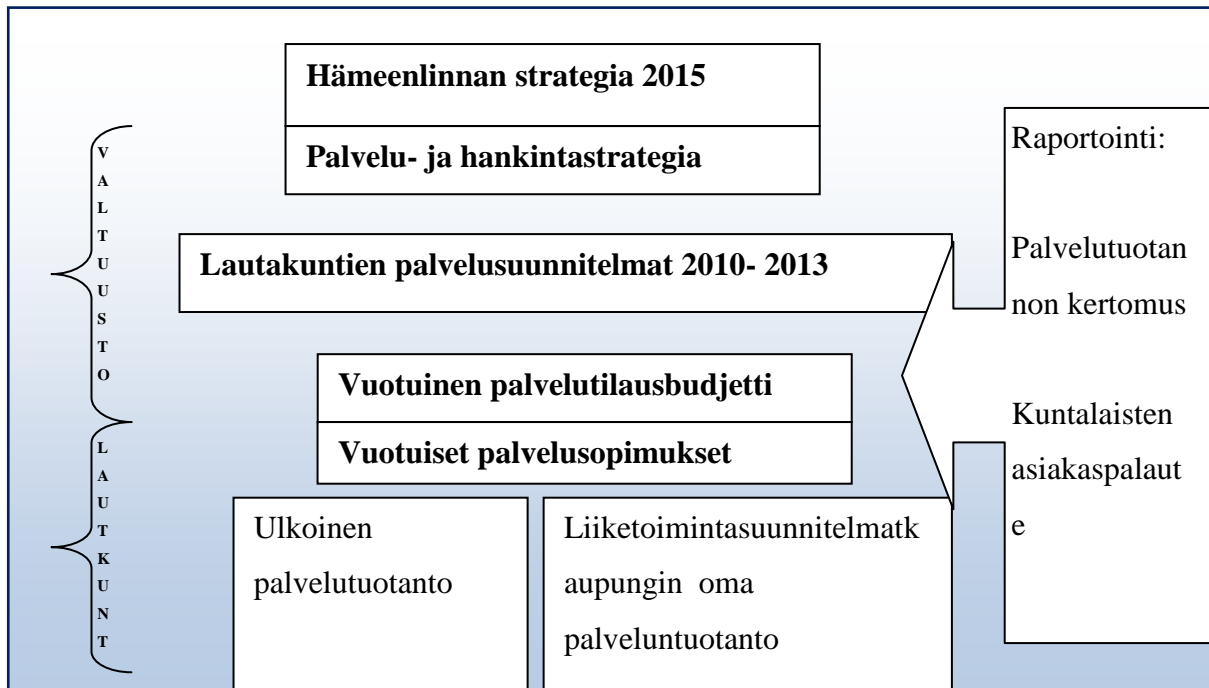
Hämeenlinnan asukasluku on 66 829 (2010) ja vuonna 2030 asukasluku on kasvanut 13,3 prosenttiyksikköä eli se olisi 75 689. Hämeenlinnan huoltosuhte on 55,2 (2010) ja vuonna 2030 sen on arvioitu olevan 79,4. Hämeenlinnassa veroprosentti on 19 ja valtion rahoittama osuus on 22,3 prosenttia. Hämeenlinna saa suhteellisen velkaantumisen arvon 51,3 ja kunnan alijäämää asukasta kohden on 68 €/a. Hämeenlinna on kuntauudistus rakennetyöryhmän esityksessä yksi vahva peruskunta, johon ehdotetaan Hattulan ja Janakkalan liittymistä. Muuttajätietojen perusteella näyttää siltä, että lapsiperheitä muuttaa uuden Hämeenlinnan seudulle enemmän kuin alueelta muuttaa pois. Hämeenlinnassa on yksinhuoltajuus valtakunnan tasoa korkeammalla. (Valtiovarainministeriö 2012, 197, 203, 219, 221; Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 8, 28.)

Hämeenlinnan kaupungin strategia linjaa kaupungin toimintaa yhdenvertaisuuden, yhteisöllisyyden, asukaslähtöisyyden, palveluhenkisyiden ja luovuuden, rohkeuden ja ekologisuuden arvoille. Hämeenlinnan visio on uudistuva ja palveleva, kestävästi kehittyvä, luonnonkaunis ja viihtyisä vesistökaupunki Etelä-Suomessa. Menestystekijöitä perustoiminnassa ovat asiakaslähtöiset elämänkaaren mukaiset palvelut. Hämeenlinnan menestystekijöinä ovat luovuus, verkostoituminen ja muutoksen johtamisen tärkeys sekä poliittisen että virkamiesjohdon tasolla. Hämeenlinnan visio on olla kulttuurikaupunki, jossa yhtenä menestystekijänä tuodaan esille lasten kulttuurin ja tapahtumien toteuttaminen. Hämeenlinna haluaa profiloitua tunnettuna palvelukaupunkina, jossa nostetaan esille myös perhematkailun tärkeys. Uuden asiakaslähtöisen ja joustavan palvelurakenteen käyttöönotto edellyttää palveluiden mittareita, jotka osoittavat laadun, vaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden. Yhtenä menestystekijänä nähdään sähköisten palveluiden lisääntyminen ja kehittäminen. (Hämeenlinnan kaupunki 2009a.)

Kunta- ja palvelurakenne uudistus

Hämeenlinna oli Paras- luokituksen mukaan kuntaliitoskunta vuonna 2007 ja 2011. Hämeenlinnalla on oma sosiaali- ja terveystalouden tuotanto ja terveystaloudet ovat liikelaitostettu. (Meklin & Pekola- Sjöblom 2010, 21, Niiranen ym. 2011, 20, 26.) Hämeenlinnassa toteutettiin vuoden 2009 alussa kuuden kunnan kuntaliitos ja uusi Hämeenlinna siirtyi samalla tilaaja-tuottajatoimintatapaan ja – malliin, jossa palvelut muodostavat elämänkaariajattelun mukaisia kokonaisuuksia. Hämeenlinnan lautakunnat ovat nimetty elämänkaari-ajattelun mukaisesti ja ne toimivat strategisina tilaajaorganisaatioina, jotka määrittelevät palvelutason ja ohjaavat toimintaa. Lasten, nuorten ja perheiden palveluita tilataan pääosin lasten ja nuorten lautakunnassa. Rahoittamisvastuu on kaupunginvaltuustolla, kaupunginhallituksella ja konsernipalveluilla (Kuva 7). Tällä tasolla sekä kootaan resurssit, että tehdään päätökset kunnan käyttämien resurssien allokoinnista eri lautakunnille. Järjestämistä on lautakunnilla ja tilaajaorganisaatioilla, joiden tehtävänä on annettujen resurssien raameissa järjestää kunnalliset toiminnot ja palvelut. Järjestämistä ohjaavat mm. strategiat, valitut vuosittaiset painopisteet ja lainsäädäntö. Lautakunta muuntaa saamansa resurssit mahdollisimman tarkoituksenmukaisiksi, asukkaita palveleviksi ja vaikuttaviksi toiminnoiksi ja palvelurakenteeksi. Toteuttamisvastuussa ovat kaikki mahdolliset palvelujen tuottajat kuten kaupungin oma palvelutuotanto, liikelaitokset, konserniyhtiöt, kuntayhtymät, säätiöt, järjestöt, yritykset ja muut mahdolliset toimijat, joilta tilaaja sopimuksin hankkii järjestämistä mukaisia palveluja. Tuottajien toimintaa ohjataan sopimusohjauksella. (Hämeenlinnan kaupunki 2010, 3- 4.)

Lasten ja nuorten lautakunta vastaa lasten ja nuorten palveluista yli perinteisten toimialarajojen. Lautakunnan palveluihin kuuluvat varhaiskasvatus-, opetus-, nuorisopalvelut sekä lasten kasvua tukevat palvelut. Elämänlautilautakunta vastaa vapaa-aika- ja kulttuuripalveluiden järjestämisestä. Uusissa ohjelmissa lasten ja nuorten hyvinvointi on laajentunut käsittämään perinteisten terveys- ja sosiaalipalveluiden lisäksi suuren joukon muita asioita, kuten turvallisen ja esteettömän asuin ympäristön, kulttuuri- ja liikuntamahdollisuudet, turvallisen kasvu- ja oppimisympäristön, yhteisöllisyyden sekä monipuoliset, läheltä saatavat palvelut. Osallistuminen lasten ja nuorten hyvinvoinnin edellytysten turvaamiseen ja luomiseen on näin jokaisen hallinnonalan asia. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 3.)



Kuva 7. Hämeenlinnan kaupungin (2010, 5) strategisen suunnittelun asiakirjat

Hämeenlinnan strategiassa käsitellään monialaisuutta myös työntekijöiden ennakoivan osaamisen näkökulmasta, joka kuvataan ”monialaisena osaamisena työntekijän omassa päässä” ja valmiutena toimia toisin. Monialaisuus merkitsee myös työntekijän mahdollisuutta saada sekä konsultaatioapua että mahdollisuutta työskennellä yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Monialaisuus merkitsee myös työskentelytapojen moninaisuutta. Lähtökohtana monialaisten palvelujen tuottamisessa on asiakkaan kokonaisvaltaisen tuen tarpeen kartoittaminen ja selkeä palveluprosessin omistajan määrittäminen (palveluohjaus). Tämän avulla voidaan tehostaa organisaation toimintaa ja järkeistää palveluja. Monialaisten palvelujen avulla voidaan vähentää asiakkaan siirtymiä palvelumuodosta toiseen. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 7, 8, 11, 20.)

Monialaisissa palveluissa lähtökohtana on palvelun joustavuus, oikea-aikaisuus ja palveluorganisaation osaamisen laaja-alainen ja tehokas hyödyntäminen. Hyvin rakennettujen monialaisten palvelujen avulla voidaan vaikuttaa myönteisesti yksilön ja perheen elämäntilanteeseen sekä ehkäistä syrjäytymistä ja mahdollistaa yhteiskuntaan integroitumista. Monialaisten palvelujen rakentamisessa ja tuottamisessa otetaan huomioon asiakasryhmät (ikä, palvelutarve, elämäntilanne) siten, että palveluvalikossa

olevat palvelut tulevat hyödynnetyksi oikeassa vaiheessa. Monialaiset palvelut suunnataan niille lapsille, nuorille ja perheille, jotka eivät saa riittävää tukea kunnan peruspalveluista. Monialaisia palveluja voidaan käyttää myös ennaltaehkäisevässä työssä. Hämeenlinnassa monialaiseen palvelutarpeen arviointiin (Monari) -tiimiin voi ohjata perheitä, joilla on monenlaisia huolia ja jotka ovat mahdollisesti erilaisten tukipalveluiden tarpeessa. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 20- 21; Hämeenlinnan kaupunki 2011, 28.)

Lastensuojelusuunnitelma

Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on kuntaliitoksen myötä syntyneen uuden Hämeenlinnan ensimmäinen linjaus lasten ja nuorten palveluiden tuottamiseksi. Hyvinvointisuunnitelman tavoitteena on mm. ohjata palvelujen painopisteen suuntautumista korjaavista palveluista monialaisiin hyvinvointia edistäviin palveluihin ja luoda perusta omavastuu aluerajat ylittävälle johtamiselle. Tavoitteena on, että tarkastelemalla lasten ja nuorten hyvinvointia kaikissa palveluissa kokonaisvaltaisena ilmiönä, voidaan vähentää asiakkaiden pallottelua luukulta luukulle ja samalla opastaa myös heitä oman hyvinvointinsa laaja-alaiseen havainnointiin ja huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään omatoimisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on myös kiinnittää lapsen ja nuoren läheisverkostojen ja kehitysyhteisöjen, kuten koulu ja päiväkotit, huomio hyvinvoinnin monialaisuuteen. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 3-4, 7.)

Hämeenlinnassa sosiaalipäivystykseen tuli yhteydenottoja 191 vuonna 2010, mistä noin 70 prosenttia koski hämeenlinnalaisia lapsia ja nuoria. Lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen asiakkuus päätettiin 40 prosentissa ja se jatkui 60 prosentissa tapauksista. Selvitys saatiin valmiiksi keskimäärin 41 vuorokaudessa, mutta joissakin tapauksissa selvityksen teko venyi reilusti yli säädetyn kolmen kuukauden. Lastensuojeluhakemuksia tehtiin 109:n kappaletta (2010) koskien 98:aa eri lasta. Avohuollon piirissä oli vuoden 2011 alussa 660:tä lasta, jälkihuollossa 80:tä ja sijaishuollossa 125 lasta. Avohuollon piirissä olevista lapsista noin 40 prosentilla on asiakassuunnitelma. Kaikilla sijais- ja jälkihuollossa olevilla lapsilla ja nuorilla on asiakassuunnitelma. (Hämeenlinnan kaupunki 2011, 14, 16- 17.)

Lasten ja nuorten palveluissa Hämeenlinnan oman tuotannon osuus tulee pysymään vahvana. Tämä perustuu vahvaan ohjaavaan lainsäädäntöön ja toimintaa ohjaaviin kansallisiin asiakirjoihin. Vaikuttavana tekijänä on ollut myös kilpailevien palveluntuottajien vähyys. Strategisena painopisteenä on tarvelähtöisten elämänkaarimallin mukaisten palvelujen kehittäminen ja järjestäminen monituottajamallilla. Tähän liittyen keskeistä on lasten ja nuorten palvelujen, yritysten ja kolmannen sektorin välisen yhteistyön kehittäminen. Palvelujen kehittämisessä erityisen tärkeää on uusien luovien avausten tekeminen. Lasten, nuorten ja elämänlaatupalvelujen vastuualue mahdollistaa jo omana kokonaisuutena elämänsä elämisen mukaisten palvelujen tuottamisen ja joustavien palvelurakenteiden muodostamisen. Laaja-alainen verkostoyhteistyö muiden vastuualueiden, konsernin, yritysten, yhteisöjen ja järjestöjen kanssa laajentaa palvelujen järjestämisen erilaisia mahdollisuuksia. Varhaiskasvatuksessa yksityisen palvelujen tuottajien määrä on lisääntynyt Hämeenlinnassa viime aikoina. Lasten kasvua tukevissa palveluissa intensiivisten ennalta ehkäisevien palvelujen osuutta tullaan lisäämään. Perhehoidon määrää tullaan lisäämään jo päätetyillä korotetuilla korvauksilla ja laajalla kuntien välisellä yhteistyöllä. Tavoitteena lasten, nuorten ja elämänlaatupalveluissa on, että palveluja tuotetaan monituottajamallilla, jossa omaa tuotantoa vahvistetaan yhteistyösopimuksilla kolmannen sektorin kanssa, ostopalvelusopimuksilla niin konsernin yhtiöistä ja liikelaitoksista kuin ulkopuolisilta yrittäjiltä sekä yritysten tuottamalla itsenäisillä palveluilla. (Hämeenlinnan kaupunki 2010, 16.)

Erityispiirteet

Siirtymävaiheiden palveluilla nähdään Hämeenlinnassa olevan erityinen erityinen ennalta ehkäisevä merkitys. Ikäkausitarkastelun tavoitteena on kannustaa eri palvelujen järjestäjiä tarkastelemaan palveluiden tuottamista yhteisvastuullisesti (Taulukko 4). Ikäkaudet on jaoteltu siten, että niihin sisältyy lapsen elämänsä elämisen liittyviä siirtymiä palvelusta toiseen. Siirtymävaiheen palveluiden suunnittelu ja toteutus tapahtuu eri palvelualueiden yhteistyönä. Erilaisissa nivel- ja siirtymävaiheissa monialaisuus merkitsee lasta ja nuorta koskevan aikaisemman historiatiedon siirtymistä eteenpäin palveluihin, joihin lapsi siirtyy. Tavoitteena on vahvaan kasvatuskumppanuuteen perustuen, että

vanhemmat tai lapsi ja nuori itse siirtävät heitä koskevat tietonsa tai antavat luvan tietojen siirtoon. Seuraavat hyvän palvelun periaatteet toteutuvat kaikissa Hämeenlinnan palveluissa: 1) lapset ja nuoret ovat oman yhteisönsä ja omien palveluidensa kehittäjiä, 2) hyvinvointia tarkastellaan monialaisena ilmiönä, 3) palvelujen perustana on lapsen ikäkauden mukaisen terveen kehityksen tukeminen, 4) palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti ja 5) palvelut järjestetään niin, että ne rikastavat ja hyödyntävät yhteisöllisyyttä, alueellisuutta, sosiaalista pääomaa. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 9-19.)

Taulukko 4. Hämeenlinnan kaupungin (2009b, 13) ikäkausijaottelu

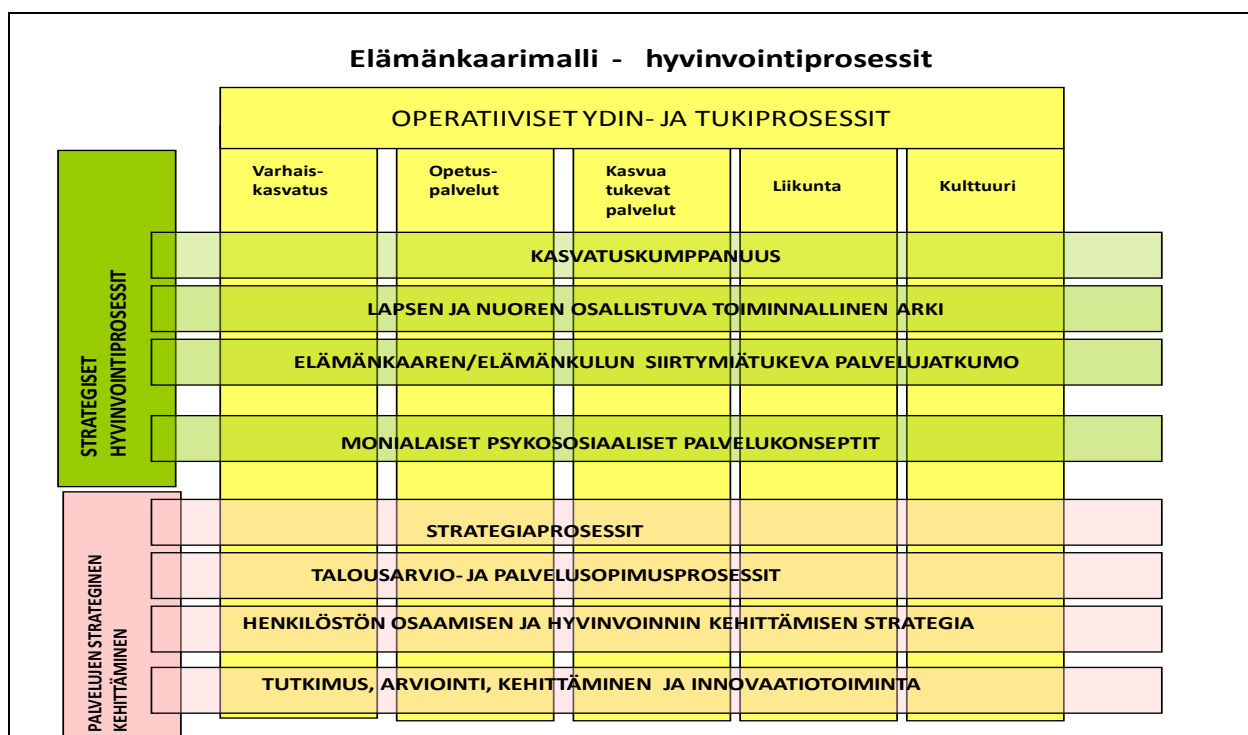
Ikäkausi	Palvelun ensisijaiset tuottajat
0-3 -vuotiaat	neuvola, varhaiskasvatus, lasten kulttuuri
4-8 -vuotiaat	neuvola, kouluterveydenhuolto, varhaiskasvatus, perusopetus
9-13 -vuotiaat	perusopetus, nuorisotyö
14-18 -vuotiaat	perusopetus, toisen asteen oppilaitokset, nuorisotyö
19 – 29 -vuotiaat	oppilaitokset, neuvola (äitinä ja isänä) varhaiskasvatus,

Asiakaslähtöisyyttä ja palvelujen oikeaa kohdentumista edistetään Hämeenlinnassa ohjaamalla asiakasvirtoja siten, että jokaisessa palvelussa rakennetaan neliportainen palvelutarjonta. Hämeenlinnassa palvelut järjestetään palvelutarpeen mukaisesti neliportaisena esimerkiksi seuraavasti:

- 1) Hyvinvoinnin edistämistä koskeva valistus ja tiedottaminen,
- 2) Yleiset, universaalit kaikille kuntalaisille tarjottavat palvelut,
- 3) Lyhytaikaiset palvelut ja ryhmäpalvelut, vertaistuki ja
- 4) Pitkäkestoiset korjaavat palvelut. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 13.)

Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmassa hyvinvointiprosesseiksi kutsutaan neljää kehitettävää työskentelytapaa, joiden tavoitteena on 1) ottaa perheet mukaan lasten ja nuorten palveluiden toteuttamiseen ja kehittämiseen, 2) lisätä toiminnallisuutta, liikuntaa ja kulttuuria päiväkodeissa ja kouluissa 3) rakentaa lapsen elämänsä elämään liittyvistä siirtymistä eheä lapsen hyvinvointia tukeva jatkumo ja 4) kehittää uusia intensiivisiä ja monimuotoisia palveluita vastaamaan monimuotoistuviin ja kasaantuviin ongelmiin lasten ja nuorten elämänsä elämisessä (Kuva 8). Hämeenlinnan lasten ja nuorten hyvinvointiprosessit ovat: kasvatuskumppanuus, osallistava ja toiminnallinen arki,

elämäntulkua tukevat siirtymät ja monialaiset palvelukokonaisuudet. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 16)



Kuva 8. Hämeenlinnan kaupungin (2009b, 16) lasten ja nuorten hyvinvointiprosessit

6.3 Harjavalta

Asukastiedot ja strategia

Harjavallan asukasluku on 7540 (2010) ja sen arvioitu määrä 7181 on vuonna 2030, väestömuuton on – 4,8 prosenttiyksikköä. Harjavallan huoltosuhde on 62, 6 (2010) ja vuonna 2030 sen on arvioitu olevan jopa 100,6. Harjavallan tuloveroprosentti on 18,75 ja valtion osuus tulopohjasta on 20,7 prosenttia. Harjavallan taseen kertynyt ylijäämä on 2347 €:a asukasta kohden. Harjavalta on suhteellisen velkaantunut. Lasten ja nuorten (0-18v) osuus kunnan väkiluvusta on 19 prosenttia koko väestöstä, alle 10-vuotiaita Harjavallassa on 737:n lasta ja 10–18-vuotiaita 700:aa lasta. Syntyvien lasten määrä vaihtelee vuosittain 60–80:n lapsen välillä. (Valtiovarainministeriö 2012, 197, 203, 219, 222; Harjavallan kaupunki 2009, 10.)

Harjavalta oli Paras- luokituksen mukaan syvenevän yhteistyön kunta vuonna 2007 ja 2011 ja kunnalla on oma palveluntuotanto sosiaalipalveluissa ja terveysterveystuotantoa tuottava kuntayhtymä (Meklin & Pekola- Sjöblom 2010, 21, Niiranen ym. 2011, 20, 26). Harjavallan visio vuodelle 2016 on työllä aallon harjalle. Harjavallan kaupunki haluaa edistää laadukkailla palveluilla kaupunkilaistensa henkistä ja fyysistä hyvinvointia ja tarjota mahdollisuutta hyvään elämään. Harjavallan tavoitteena vuodelle 2012 ovat: 1) kustannustehokkaasti, laadukkaasti ja kattavasti järjestetyt palvelut, 2) osaava ja palvelualtis henkilöstö, 3) keskeisten palveluprosessien kuvaus ja niiden tehostaminen ja 4) laatumittareiden laatiminen. Toimenpiteinä Harjavallan kaupunki näkee talouden kunnossapitämisen, palvelutarjonnan suuntaamisen tarvetta vastaavasti, laadun analysoinnin ja henkilöstön perehdytyksen ja koulutuksen. Harjavallan tavoitteena on profiloitua syvenevän yhteistyön kaupungiksi, jossa kaupunki tunnustetaan aktiiviseksi, yhteistyökykyiseksi ja laaja-alaista yhteistyötä hakevaksi toimijaksi. Harjavallan strategia puhuu verkostoituneesta toimintamallista, jossa eri toimijoiden osaamista hyödynnetään yhteiseksi hyväksi. Harjavallan strategiassa nostetaan esille laaja-alaiset sopimukset ja yhteistyö. Harjavalta nostaa yhdeksi tavoitteeksi ennaltaehkäisevän liikunnan ja terveystyön suunnitelman tekemisen ja sen toteuttamisen. Harjavalta edistää laadukkaiden kuntapalveluiden tuottamista suorittamalla palvelukohtaisia käyttäjäkyselyitä koskien palvelujen riittävyttä, saavutettavuutta ja palvelun ystävällisyyttä. (Harjavalta 2008.)

Kunta- ja palvelurakenne uudistus

Kaupungin strategian väliarviointi toteutettiin vuonna 2011 kyselyn ja täydentävien haastattelujen avulla viranomaisille ja luottamushenkilöille. Vastausprosentti oli 58 prosenttia (43/25). Vastaajien mielestä vision tulisi olla muun muassa nykyistä rohkeampi, jotta se houkuttelisi ja puhuttelisi enemmän nuoria. Toisaalta vastaajat ajattelivat vision olevan ymmärrettävä ja tavoitteellinen, joka kuvaa hyvin kaupungin haluttua tulevaisuutta. Viranhaltijoiden vastaukset olivat enemmän tyytyväisempiä strategiaan kuin luottamushenkilöiden. Strategia koettiin liian virkamieskeskeiseksi ja konsultit ehdottavat luottamushenkilöiden ja muiden sidosryhmien näkökantojen parempaa huomioimista strategiassa. Viranhaltijat kaipasivat enemmän palvelu- ja

asiakaskohtaisia strategioita. Toimenpide-ehdotuksena on palvelu- ja asiakasstrategioiden vanhempi linkittäminen kaupunkistrategiaan ja niiden kehittäminen tiiviimpänä kokonaisuutena. Lastensuojelusuunnitelman painopisteet eivät näkyneet kaupungin yleisessä strategiassa, mikä ilmaisi esille Harjavallan perhekeskeisenä ja vanhemmuutta tukevana kaupunkina. Tiiviimpi strategiakokonaisuus parantaa toimeenpanoa ja ohjausvaikutusta. Strategian viestittämisessä ja toimeenpanossa on vastaajien mukaan parannettavaa. (Asikainen ym. 2011, 5-7, 9.)

Väliarviointi antaa toimenpide-ehdotukseksi Harjavallalle uudenlaisia työskentely- ja osallistumistapoja seuraavan strategian laadinnassa, mikä varmistaisi valtuutettujen laajemman mukana olemisen. Luottamushenkilöiden, viranhaltijoiden ja kuntalaisten osallistuminen voisi parantua hyödyntämällä sähköisiä osallistumismenetelmiä. Strategian ja organisaation tiiviimpi yhteys toteutuu organisaatorakenteen kehittämällä asiakaslähtöisemmäksi (elinkaari-, ydinprosessi-, palvelukokonaisuusmallien avulla). Yhteistyötaito ja –tahto oli heikoimmin toteutunut tavoite johtuen yleisestä seudullisesta tilanteesta. Yhteistyötaitoa nähdään heikentävän myös toiminta isoissa kuntayhtymissä, joiden päätöksiin ei voida monen Harjavallan edustajan mielestä itse vaikuttaa. Kaupungin sisällä yhteistyö nähtiin kuitenkin hyväksi. Väliarviointi kannustaa Harjavaltaa kiinnittämään huomiota tulevaisuuteen ja sen kehittämiseen, sillä valtakunnalliset paineet entistä laajempiin yksiköihin ja kuntaliitoksiin on Harjavallan otettava paremmin huomioon. (Asikainen & Joensuu & Hietaharju 2011, 10- 11.)

Lastensuojelusuunnitelma

Harjavallan lastensuojelusuunnitelman 2011- 2016 pääpainopisteiksi on valittu kolme linjausta: 1) painopiste ehkäiseviin lasten ja nuorten palveluihin, 2) perheiden tukeminen ja vanhemmuuden vahvistaminen ja 3) rajapintakäytäntöjen kehittäminen. Ehkäisevien lasten ja nuorten palveluiden kehittämisessä halutaan aktivoida vapaaehtoistoimijoita ja kolmannen sektorin toimintaa. Koululääkäritoiminnan ja avoimen päivähoidon kehittäminen nähdään kehittämisen painopisteinä. Harjavalta näkee palveluiden oikea-aikaisuuden ehkäisevän lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluiden käyttöä. Perheiden tukemista ja vanhemmuuden vahvistamista tuodaan

esille perheiden teema vuotena, jolloin järjestetään perheiden päivä, tiedotetaan kaupungin nettisivuilla hyvästä vanhemmuudesta. Lisäksi paikallisen Mannerheimin lastensuojeluliiton hanke Vahvuutta vanhemmuuteen (2012- 2014) tukee kaupungin strategiaa. Kasvatuskumppanuutta halutaan korostaa eri palveluissa ja perheet halutaan ottaa mukaan lastensuojelun kehittämistyöhön. Rajapintojen kehittämisen tavoitteena ovat toimivat ja yhtenäiset palvelut ja luottamukseen perustuva matalan kynnyksen yhteistyö. Rajapintakäytäntöjen kehittämisen nähdään toteutuvan moniammatillisuuden kautta. Työntekijöille halutaan järjestää moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi yhteisiä koulutuksia. Harjavalta tavoittelee matalan hakeutumiskynnyksen palveluiden kehittämistä ja eri tahojen välisten toimintamallien selkeyttämistä. (Harjavallan kaupunki 2009, 4-6, 25–27.)

Lastensuojelusuunnitelman on koonnut moniammatillinen työryhmä, jossa on ollut varhaiskasvatuksen, koulun, vapaa-aikatoimen, Keski-Satakunnan terveydenhuollon ky:n, sosiaalitoimen edustajat. Lastensuojelusuunnitelmassa on myös otettu huomioon lasten ja nuorten vanhempien mielipiteitä kunnan lasten ja nuorten palveluista ja niiden kehittamisestä kaupungin nettisivujen kautta. Nuorisovaltuuston ja lasten kuuleminen suunnitelmaa tehdessä osallistaisi heitä myös suunnittelutyöhön koskien heidän omia palveluitaan (lasten oikeuksien sopimus 12 §), sillä nyt Nuorisovaltuustoa oli kuultu vasta suunnitelman valmistuttua. Toimenpidesuunnitelman etenemistä ja toimijoiden välistä yhteistyötä pidetään yllä kerran kuukaudessa kokoontuvan ryhmän avulla. (Harjavallan kaupunki 2009, 4- 6; Unicef 2009, 11.)

Lasten ja nuorten palvelut jaetaan kahteen osioon: 1) kasvua ja kehitystä tukeviin palveluihin ja 2) kasvua ja kehitystä korjaaviin palveluihin. Kasvua ja kehitystä tukevat palvelut sisältävät neuvolan, varhaiskasvatuksen, koulun, vapaa-aikatoimen, nuorisotyön, kotipalvelun, mielenterveys ja päihdepalvelut, terveydenhuollon. Kasvua ja kehitystä korjaavat palvelut sisältää lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun, lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon sekä kuntoutuksen asiakasryhmätoiminnan. (Harjavallan kaupunki 2009, 4- 6.) Korjaavista palveluista lasten psykiatrisen osastohoito järjestetään Satakunnan keskussairaalassa Porissa ja nuorisopsykiatrisen osastohoito Harjavallan sairaalassa tai Porissa. Yleisimpiä tutkimukseen tulon syitä ovat akuutit

kriisitilanteet kotona, itsetuhoisuus, levottomuus ja häiriökäyttäytyminen, aggressiivisuus, masennus ja vaikeudet sosiaalisissa suhteissa.

Harjavallan lastensuojelusuunnitelmassa korostetaan neuvola- ja kouluterveydenhuollon merkitystä ennaltaehkäisevässä lasten suojelussa ja ongelmien varhaisessa havaitsemisessa ja niihin puuttumisessa yhteisvastuullisesti kaikkien lastensuojeluun panostavien toimijoiden kanssa. Harjavallan perheneuvola on sekä asiakastyötä perheiden myönteisen kehityksen parissa että asiantuntijatyötä yhteistyötahoille. Harjavallan lastensuojelusuunnitelmassa todetaan, että moniammatillista yhteistyötä halutaan kehittää perheneuvolan, päivähoidon, sosiaalitoimen, koulutoimen, päihdeklinikan työntekijöiden kanssa. Lastensuojelusuunnitelman tahtotila on lasten ja nuorten palveluverkoston saumaton yhteistoiminta ja palvelurakenteen ennaltaehkäisevä toimivuus. Vertaistukea antavia ryhmätoimintoja terveyskeskuksessa toteutetaan perheille ennen lapsen syntymää perhevalmennuksena, johon myös ensimmäistä lastaan odottavat isät osallistuvat kattavasti. Nuorten terveystarkastuskaavakkeen täyttämisen tuloksena puututaan mm. mielenterveysongelmiin, tupakointiin, päihteiden käyttöön, koulukiusaamiseen, unihäiriöihin ja nuorten hyvinvointiin. Oppilashuoltoryhmien säännöllinen kokoontuminen lisää yhteistyömahdollisuutta ja nopeuttaa varhaista tuen antamista nuorelle. (Harjavallan kaupunki 2009, 11–12.)

Sosiaalityöntekijöiden tekemiä kotikäyntejä vuoden 2009 aikana tehtiin 87:n. Harjavallan kaupungin huostassa olevia lapsia vuonna 2009 oli 11:sta, joista pääosa on hoidettavana perhehoidossa, muutama on laitoshoidossa. Jälkihuollon piiriin kuuluu viisi nuorta. Lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä oli vuonna 2009 28:n lasta, joille lastensuojelun avohuollon tukitoimina oli mm. perhetyötä, päivähoitoa, tukiperheitä, tukihenkilöitä tai sijoitustoimia. Lastensuojeluilmoituksia tehtiin 85 vuoden aikana, joka on lähes saman verran kuin vuonna 2008. Pääosa lastensuojeluilmoituksista on tullut 7-12 – vuotiaista lapsista. Suurin osa lastensuojeluilmoituksista tehtiin vanhempien päihteiden käytön ja lapsen hoidon laiminlyönnin vuoksi sekä lapsen rikollisen toiminnan vuoksi. Suurin osa ilmoituksista tehtiin sosiaalipäivystyksestä ja anonyymilmoittajan toimesta, kun yleensä suuremmissa kaupungeissa poliisit, sosiaalityöntekijät ja muut viranomaiset ovat yleisempiä ilmoittajatahoja. Tehdyistä uusista lastensuojelutarpeen selvityksistä

avohuollon asiakkuuteen päätyi 22 lasta. Vuoden 2009 aikana tarkastettuja asiakassuunnitelmia (avo- ja jälkihuolto) on tehty 11:sta kappaletta. Vuoden aikana loppuneita asiakkuuksia oli yhteensä yhdeksän. (Harjavallan kaupunki 2009, 9- 10.)

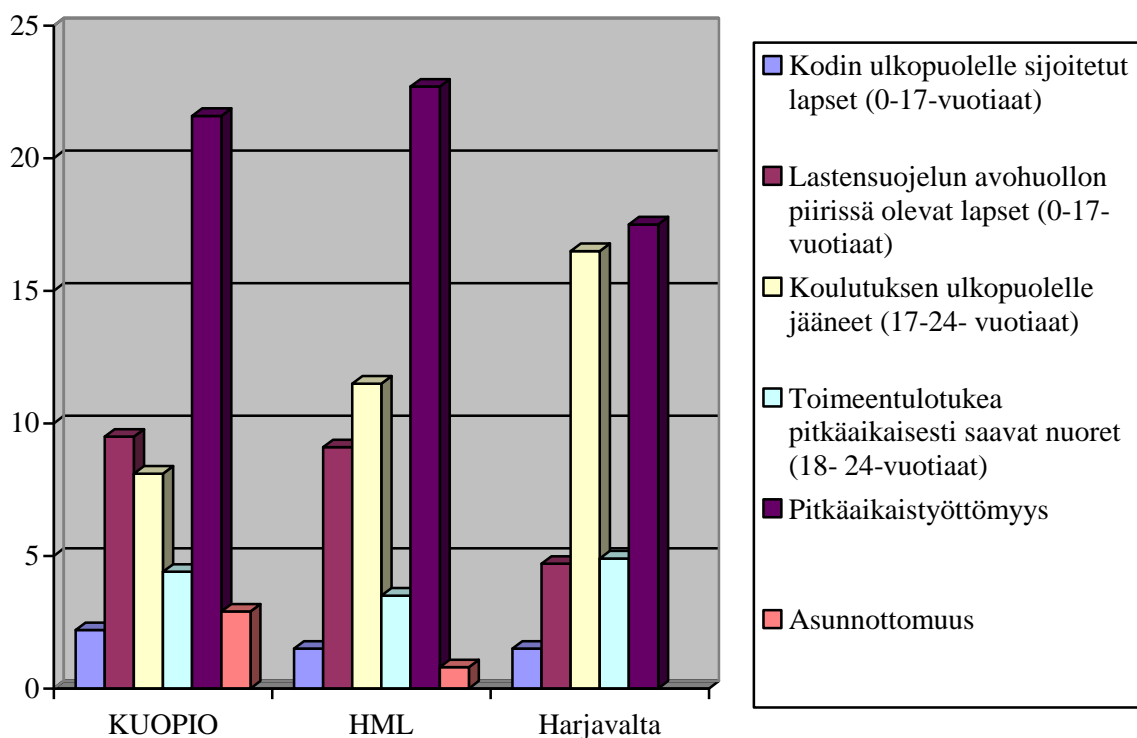
Erityispiirteet

Syksystä 2010 alkaen esiopetus on siirtynyt vaiheittain koulujen yhteyteen. Kasvatuskumppanuus on olennainen osa varhaiskasvatusta ja sillä tarkoitetaan perheiden ja päivähoidon henkilöstön välistä luottamuksellista yhteistyötä, jolla tuetaan lapsen kasvua ja kehitystä. Päivähoitohenkilöstön työvälteenä lapsen tuen tarpeen arvioimiseksi käytetään varhaisen puuttumisen mallia sekä huolen kirjaamislomaketta. Lapsiperheille tarjotaan kotipalvelua silloin, kun lapsi tai perheen huoltaja on sairaana, perheessä on kriisitilanne tai muu avun ja tuen tarve. Kodinhoitajien ensisijaisena tehtävänä on turvata lasten hoito ja huolenpito. Mannerheimin lastensuojeluliiton paikallinen yhdistys tarjoaa avointa perhekahvilatoimintaa ja on selkeästi tärkeä paikallinen toimija lasten, nuorten ja perheiden parissa. Myös seurakunnan lapsi-, perhe-, ja nuorisotyö mainittiin lastensuojelusuunnitelmassa tärkeänä palveluiden tuottajana omalta osaltaan. (Harjavallan kaupunki 2009, 12- 13.)

Satakunnan lastensuojelun kehittämissyksikkö tarjoaa kehittämispalveluja lastensuojelun prosessien kehittämiseen. Lastensuojelun kehittämissyksikkö seuraakin maakunnallisesti lasten hyvinvoinnin tilaa ja valtakunnallisesti lastensuojelun kehityssuuntia. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella toimii asiakasyhteistyöryhmä 15–23 -vuotiaille nuorille. KSTH ky:n asiakasyhteistyöryhmän kuuluu sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi, Kela ja työvoimahallinto sekä tarvittaessa erikoissairaanhoito. Ryhmän tavoitteena ja tehtävänä on ehkäistä nuorten syrjäytymistä ja auttaa nuorta saamaan hänen tarvitsemansa palvelut. Matalan kynnyksen nuorten palvelut kaupungista näyttää puuttuvan, sillä kuntoutuksen asiakastyöryhmän palveluita saa vain lähetteellä. (Harjavallan kaupunki 2009, 18.)

6 ANALYYSI

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (Kaste 2008- 2011) seurantaindikaattoreita seuraamalla pääsee hyvin seuraamaan ohjelman tavoitteiden toteutumista tutkimuskunnissa (Kuva 9). Osallisuuden lisääntymistä ja syrjäytymisen vähentymistä voimme vertailla seuraavilla indikaattoreilla. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten (0-17- vuotiaiden) määrä vastaavan ikäisestä väestöstä on Kuopiossa kaikista suurin luku (2,2 %) ja sijoitusten määrä on ollut kasvujohteista. Harjavallassa ja Hämeenlinnassa vastaava luku on 1,5 prosenttia, jossa Hämeenlinnassa ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on vähentynyt ja Harjavallassa hiukkasen kasvanut. Kuopion kaupungin ennaltaehkäisevän työn malli ei tule toteutumaan ilman, että kiinnitetään huomiota myös korjaavien palveluiden laadun parantamiseen siten, että nekin voivat toimia ennakoiden omissa työprosesseissaan. Lastensuojeluntarpeenselvitykset toimivat ennaltaehkäisevinä toimina lastensuojelussa sijaishuoltoon nähden. (THL 2012.)

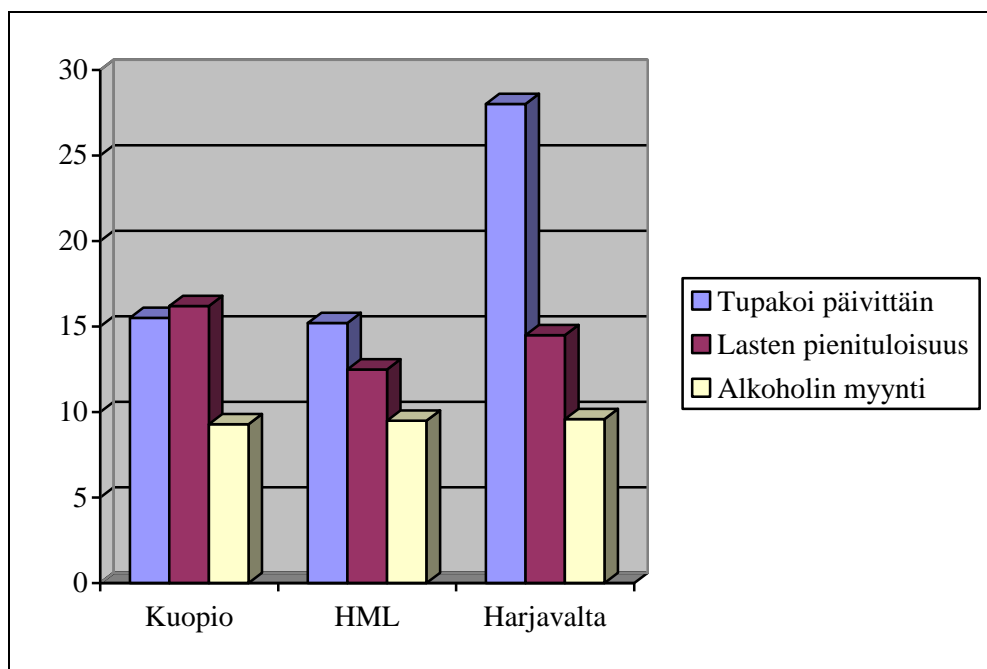


Kuva 9. Osallisuuden ja syrjäytymisen vähentymisen indikaattorit (THL 2012.)

Lastensuojelun avohuollon piirissä olevien alle 18-vuotiaiden lasten osuus ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus oli pääsääntöisesti korkein suurimmissa ARTTU-tutkimuskunnissa. Lastensuojelun korkeat tunnusluvut kuvaavat usein moniammatillista yhteistyötä ja sosiaalityön lisääntynyttä ammattitaitoa sekä kykyä puuttua haavoittavissa oloissa elävien lasten ongelmiin. Toisaalta luvut voivat kertoa myös lapsiperheiden ongelmien kasvusta, avohuollon varhaisen tuen vajeista, alueen sosiaalisten ongelmien tai talouden ja työelämän epävarmuuden kasvusta. Lasten määrän väheneminen ei siten automaattisesti merkitse kustannusten vähenemistä. (Kaarainen ym. 2010, 9- 10.) Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä (0- 17- vuotiaiden) määrä on suurinta myös Kuopiossa 9,5 prosenttia, Hämeenlinnassa 9,1 prosenttia ja Harjavallassa 4,7 prosenttia. Kaikissa kunnissa ovat avohuollon tukitoimien piteet lisääntyneet. Lastensuojelunselvitykset toimivat myös avohuollon tukitoimien oikein kohdentajina ja palvelunohjaajana avohuollon toimille. (THL 2012.)

Koulutuksen ulkopuolelle jääneitä (17- 24- vuotiaat) on Kuopiossa 8, 1 prosenttia, Hämeenlinnassa 11,5 prosenttia ja Harjavallassa 16, 5 prosenttia. Harjavallan kaupungin vision toteutuminen ”työllä aallon harjalle” vaatii monipuolisempia nuoriin kohdistuvia työllistämispalveluita. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti (18- 24- vuotiaat) eniten saa Harjavaltaisista nuoret (4, 9 %), joka on kuitenkin laskenut vuoden 2009 7 prosentin määrästä. Tämä indikaattori kuvastaa hyvin Harjavallan haasteellista tilannetta tarjota nuorille mahdollisuuksia kouluttautua ja työllistyä kaupungissa. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneet nuoret ovat hiukan lisääntyneet Kuopiossa (4,4 %) ja Hämeenlinnassa (3,5 %) edellisestä vuodesta. Kaikissa kunnissa on pitkäaikaistyöttömyys lisääntynyt, Hämeenlinnassa on näistä kunnista eniten pitkäaikaistyöttömyyttä (22,7 %), Kuopiossa pitkäaikaistyöttömiä on 21, 6 prosenttia ja Harjavallassa 17, 5 prosenttia. Kuopiossa on eniten asunnottomuutta 2,9 prosenttia ja vastaava luku Hämeenlinnassa on 0,8 prosenttia. Harjavallassa ei ole asunnottomuutta ollenkaan, mikä on pienen kaupungin hyviä puolia. (THL 2012.)

Kaste- ohjelman tavoitteet hyvinvointi ja terveys lisääntyvät ja hyvinvointi ja terveyserot kaventuvat toteutuivat kunnissa seuraavasti (Kuva 10). Tarkastelussa olen käyttänyt osittain vuoden 2009 tilastoja uudempien tilastojen puuttuessa. Kahdeksannen ja yhdeksannen luokan oppilaista eniten tupakoi nuoret Harjavallassa, jossa 28 prosenttia nuorista vuoden 2009 tietojen pohjalta polttavat päivittäin. Hämeenlinnassa 15,2 prosenttia ja Kuopiossa 15,5 prosenttia kahdeksannen ja yhdeksannen luokan oppilaista polttavat päivittäin tupakkaa. Harjavallan kaupungin tavoite ennaltaehkäisevän liikunnan ja terveystyön suunnitelman tekemiselle onkin tarpeellinen erityisesti kohdennettuna nuorille kuntalaisille. (THL 2012.)



Kuva 10. Hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymisen ja terveyserojen kaventumisen indikaattorit (THL 2012.)

Lasten pienituloisuusasteluvut perustuvat vuoden 2009 tietoihin. Kuopiossa lasten pienituloisuus oli suurinta vertailukunnista 16,2. Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden määrä on lastensuojelusuunnitelman perusteella taasen laskenut vuosittain noin sadalla. Hämeenlinnassa lastenpienituloisuus oli myös noussut 1,2 prosenttiyksikköä 12,5 prosentiksi, mikä voi osaltaan johtua yksinhuoltajaperheiden suuresta määrästä kaupungissa. Harjavallassa lasten pienituloisuus oli 14,5 prosenttia, joka myös oli vuodesta 2009 noussut 0,5 prosenttiyksikköä. (THL 2012; Kuopion kaupunki 2010b, 10.)

Palvelujen saatavuus ja laatu voidaan turvata vain, jos kunnissa on riittävästi pätevää henkilöstöä (STM 2008, 28). Hämeenlinnassa ja Kuopiossa sosiaali- ja terveyspalveluissa oli henkilöstövajeita, vaikka kunnat kuntaliitosten myötä ovat kasvaneet, henkilöstön määrä ei ole kasvanut suositusten mukaisesti. Hämeenlinnassa lapsia nuoria ja perheitä lähellä olevien peruspalvelujen voimavarat ovat vähentyneet tai pysyneet ennallaan. Neuvolatyön, kouluterveydenhuollon, oppilashuollon perhe- ja kasvatusneuvolan voimavarat ovat samalla tasolla kuin ennen 1990-luvun lamaa. Kunnan tulee järjestää koulupsykologi- ja koulukuraattoripalveluita tarjoten oppilaille tukea ja ohjausta koulunkäyntiin ja oppilaan sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien

ehkäisemiseksi ja poistamiseksi (Lsl 2007/417 9 §). Kuopiossa yhden koulupsykologin vastuualueella on lähes 1900 oppilasta ja yhden kuraattorin vastuualueella on noin 1700 oppilasta, kun valtakunnallisten suositusten mukaan näiden ammattilaisten vastuualueella tulisi olla korkeintaan 600 oppilasta työntekijää kohden. Harjavallassa lastensuojeluperheitä yhdellä sosiaalityöntekijällä on noin 17:sta, kun Kuopiossa avohuollon sosiaalityöntekijällä on vastaavasti 91 asiakaslasta ja lisäksi 60:tä toimeentuloturvan asiakasta. Kuopion sijaishuollossa sosiaalityöntekijällä on 55 asiakaslasta muiden töiden lisäksi. Hämeenlinnassa avohuollon asiakkaina olevien lasten määrä sosiaalityöntekijää kohti pienentyi, kun lastensuojelutarpeen selvittämiseen panostettiin sosiaalityöntekijä-sosiaaliohjaaja-työparilla. Vuoden 2010 lopussa suhde oli 58:n lasta sosiaalityöntekijää kohden, kun vuonna 2009 lapsia oli 76 yhtä sosiaalityöntekijää kohde. (Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 8; Harjavallan kaupunki 2009, 20; Kuopion kaupunki 2010b, 16, 18; Finlex 2007; Hämeenlinnan kaupunki 2011, 17.)

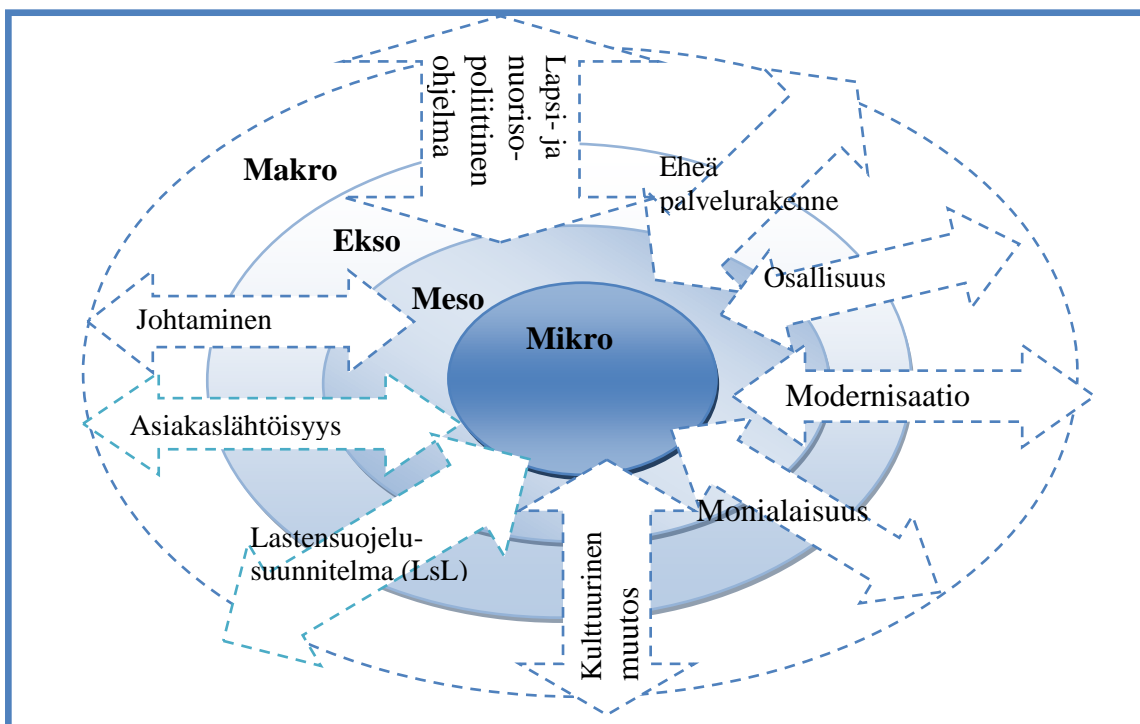
Ennaltaehkäiseviä yhteisöpohjaisia ohjelmia toteutettiin lasten, nuorten ja perheiden parissa kaikissa kaupungeissa. Kuopion kaupungissa on osallistuva oppilas-yhteisöllinen koulu- hanke peruskoulussa ja lukiassa, jossa oppilaskuntatoimintaa laajennetaan ja yhtenä sen tärkeänä tavoitteena on koulukiusaamisen ehkäiseminen ja varhainen puuttuminen. Kuopion ja Hämeenlinnan useat koulut ovat mukana KiVa-koulu-hankkeessa. Lapsi- ja nuorisopoliittinen kehittämisohjelma (2007- 2011) linjasi toimeenpanoon Kiva Koulu -toimintaohjelman koulukiusaamisen ennaltaehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Kaupungeissa oli ollut ja oli meneillään useita lasten, nuorten ja perheiden palveluita kehittäviä hankkeita. Lasten ja nuorten palveluita koskevia kehittämishankkeita Harjavallassa oli viisi mm. kerhotoiminnan kehittäminen, oppilaanohjauksen kehittäminen, tehostetun ja erityisen tuen kehittäminen. Kuopiossa on ollut 11:sta lastensuojelua kehittävää hanketta 2000-luvulla, kuten Kuopion Terve lapsi- hanke, jossa selviteltiin perhepalveluverkostoa. (Harjavallan kaupunki 2009, 19; (Kuopion kaupunki 2010b, 8; Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta 2006, 9, 13, 17; OM 2007, 49.)

Arttu-ohjelman kaikkien tutkimuskuntien joukossa elämänkaarimallin mukaiseen organisaatioon ovat siirtyneet vuoden 2011 alkuun mennessä vain Hämeenlinna ja

Kuopio. Elämänkaarimallin mukaisesti esimerkiksi perinteiset toimialarajat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimin välillä ovat vaihtuneet kasvun ja oppimisen tuen palvelualueeseen sekä sitä vastaavaan lautakuntaan (Kuopio) tai lasten ja nuorten lautakuntaan (Hämeenlinna), jonka alaisuudessa toimivat varhaiskasvatuspalvelut, opetuspalvelut ja lasten ja nuorten kasvua tukevat palvelut. (Niiranen ym. 2011, 21–22.) Hänninen (2010, 120–121) nosti esille Hämeenlinnan kolme sosiaalista palveluinnovaatiota: 1. lasten ja nuorten lautakunta, 2. Lasten ja nuorten talo ja 3. varhaiskasvatuskeskus. Lasten ja nuorten lautakunnan avulla sektorikohtainen pirstaleisuus vähenee ja se mahdollistaa kokonaisvaltaisen palveluajattelun. Lasten ja nuorten talo mahdollistaa kaikkien lasten ja nuorten erityispalveluiden järjestämisen saman katon alla ja varhaiskasvatuskeskukset kokoavat yhteen kaikki alueen eri tahojen tuottamat varhaiskasvatuspalvelut. Haasteena ovat uusien innovaatioiden ja palvelurakenteiden valtionohjaus, sillä uudet toimintatavat eivät asetu sektori- ja ministeriökohtaiseen ohjaukseen ja tilastointiin.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseni selittää, mitä on ennaltaehkäisevä työ lasten, perheiden ja nuorten palveluissa. Tutkimuskuntani ovat Kuopio, Hämeenlinna ja Harjavalta. Teoreettinen viitekehys on Bronnenfennerin ekologinen teoria, jossa lapsen, nuoren ja perheen kehitys ja kasvu tapahtuu mikro-, meso-, ekso- ja makrotasojen välisessä vuoropuhelussa (Kuva 11). Ennaltaehkäisevän työn käsitelmäärittelyssä tarkastelin sosiaalihuollon taustaa, sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatiota, ennaltaehkäiseviä kotipalveluita ja perhetyötä ja yhteisöpohjaisia ennaltaehkäiseviä ohjelmia. Kaikki nämä edellä mainitut ennaltaehkäisevän työn eri muodot ovat havaittavissa myös kuntien kirjoitetuissa ohjelmissa ja toiminnassa joko makrotasolta vaikuttaen tai ekso-, meso- tai mikrotasolla selvemmin toiminnan kautta näkyen. Tarkastelin ennaltaehkäisevien palveluiden verkostoa ja ennaltaehkäiseviä palveluita lastensuojelun, terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja nuorisotyön ja vapaa-ajan palveluiden näkökulmasta. Tutkimuskunnissa nähtiin peruspalvelut ennaltaehkäisevän työn toteuttajina, vaikka korjaavissakin palveluissa oli tarkoituksena ennaltaehkäisevä työote.



Kuva 11. Ennaltaehkäisevä työ lasten, perheiden ja nuorten palveluissa yhteenveto

Ennaltaehkäisevän työn näkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon modernisaatioajattelun (makrotaso) kautta oli selkeämmin nähtävissä Hämeenlinnan ohjelmissa ja palveluissa, joissa varhaiskasvatuspalvelutkin ovat valmiita liikelaitostamiselle ja tavoitteena on

kaikkien kaupungin palveluiden tuotteistaminen vuoteen 2012 mennessä. Hämeenlinnalle tyypillisiä ovat monialaisuuden ja monituottajamallin korostaminen palveluiden tuottamisessa. Kuopion kaupungin ohjelmissa ja palveluissa puhutaan myös markkinalähtöisistä opeista kuten asiakkuuksien hallinnasta ja segmentoinnista ja ydinprosesseista. Kummassakin kaupungissa sähköisten palveluiden, palvelunohjauksen ja asiakasryhmien avaamisen katsotaan olevan avainasemassa palveluita tehostettaessa. Puustinen ja Niiranen (2011, 70) toteavat, että toteutuneet kunta- ja palvelurakenne uudistukset ovat vastanneet siirtymistä tilaaja-tuottajamalliin sekä elinkaari- tai elämänkaarimallin mukaiseen palveluntuotantoon, kuten Hämeenlinnassa ja Kuopiossa.

Hämeenlinnassa oli selkeimmin esillä lasten, nuorten ja perheiden palveluissa elinkaari politiikan ja elinkaarimallin hyödyntäminen. Kansallisen lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman (2007- 2011) suosituksena lasten ja nuorten kasvu- ja elinoloja olisikin tarkasteltava yhä enemmän elämänkaaripolitiikan kautta. Lapsuuden ja nuoruuden elinkaareissa on vahvistettava perheille sekä lapsille ja nuorille itselleen annettavaa tukea elämän siirtymä-, muutos- ja kriisivaiheissa. (OM 2007, 11.)

Tutkimuskunnissa on luotu entistä tiiviimmin yhteistyökäytänteitä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden järjestäjien kesken lastensuojelusuunnitelmaa ja lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaa tehdessä. Selkeää vastuutahoa ennaltaehkäisevän työn edistämisessä ei ole, vaan sen katsotaan olevan kaikkien vastuulla. Sosiaali- ja terveystoimella nähdään olevan ennaltaehkäisevässä työssä selkeä koordinointi- ja seurantavastuu. Lastensuojelulaki (7 §) velvoittaa kunnan sosiaalihuollosta vastaavan ja muiden viranomaisten seuraavan ja edistävän lasten ja nuorten hyvinvointia ja heidän tulee poistaa kasvuolojen epäkohtia ja ehkäistä niiden syntymistä. (STM 2008, 42, 44, 45; STM 2012, 13, LsL 417/2007.)

Harjavallan ja Hämeenlinnan lastensuojelusuunnitelman on laatinut moniammatillinen tiimi ja Kuopion kaupungin lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta toimivat lapsiperhepalveluiden seuranta- ja kehittämisryhminä. Eri hallintokuntien, järjestöjen ja yksityissektorin ja kuntien työn yhtenäistäminen on rakennemuutoksen taustalla ja ajatuksena on, että uudistus edesauttaa eheiden palvelurakenteiden muodostumista.

Lapsiperhepalveluiden monialainen, poikkihallinnollinen ja yhteen sovittava johtaminen ovat kansallisen kehittämisen tavoitteena. (STM 2008, 42, 44, 45; STM 2012, 13.)

Ajatus yhteisöllisyydestä (big society) ja järjestöjen aktiivisesta toiminnasta terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyössä oli vahvasti esillä Hämeenlinnan ja Kuopion kaupunkien palvelujärjestelmissä ja ohjelmissa. Palveluita tuotetaan monituottajamallilla yhteistyössä järjestöjen kanssa. Harjavallan kaupungin lastensuojelusuunnitelmassa järjestöjen (MLL) panos nähtiin myös tärkeänä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden tuottamisessa. Hämeenlinnassa järjestöjen vaikuttamisryhmä käy vuosittain neuvotteluja kaupungin tilaajaohjauksen ja kehittämissyksikön johtajan kanssa järjestöjen hankesuunnitelmista ja projekteista. Täten järjestöjen suunnittelutyötä tehdään yhdessä kaupungin tilaaja- ja kehittäjätahojen kanssa, jotta taataan myös hankkeiden tarpeellisuus ja mahdollinen jatkuminen kaupungin rahoituksen avustamana. Hämeenlinnan käytäntö edustaa Matthieksen (2007) ehdottamaa tietoyhteiskunnan refleksiivistä hyvinvoinnin sekatalousmallia, jossa kilpailuttamisen sijaan järjestöjen kanssa käydään avoimesti neuvotteluja tietoon perustuen ja työnjako pohjautuu kunkin järjestön erityispiirteiden kehittämiseksi. Itsearvoisena tavoitteena olisi järjestöjen monipuolisten funktioiden säilyminen eikä vain järjestöjen kutistuminen palveluiden tuottajiksi. (Matthies 2007, 65, 68.)

Käytännössä muutoksen suunta on kaupungeissa sama eli halutaan vähentää raskaampia palveluiden käyttöä. Hämeenlinnassa monialaisia palveluita tarjotaan niille, jotka eivät saa riittävästi apua peruspalveluista. Hämeenlinnassa monialaisuutta voidaan käyttää myös ennaltaehkäisevässä työssä, joten ennaltaehkäisevä työ nähdään enemmänkin lasten ja nuorten kasvua tukevana ja intensiivisempinä palveluina. Monialainen viitekehys käsitetään Hämeenlinnassa siten, että lapsen ja nuoren hyvinvoinnin edellytykset muodostuvat aina ensisijaisesti lapsen lähiyhteisössä palvelujärjestelmän ulkopuolella ja palveluja haetaan vasta tarvittaessa. Sama ajatus koskee Kuopion kaupungin ennaltaehkäisevän työn ajatusta, jossa perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueille asiakkaat tulevat vain tarveperusteisesti. Harjavallassa ei puhuttu monialaisuudesta, vaan enemmänkin eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä. Yhdistetyt toimialat (monialaisuus) antavat paremman mahdollisuuden oppimiselle ja henkilöstön tuen saaminen on parhainta toimialoilla, joissa sosiaali-, terveys- ja opetustoimi on

yhdistetty. Yhteistoimintarakenteita on niillä toimialoilla enemmän, jotka ovat tilaaja-tuottajamallissa tai palveluja on tuotteistettu. (Perälä ym. 2011, 106.)

Hämeenlinnassa jokainen tarveperusteinen palvelu sisältää neljä tasoa: hyvinvoinnin edistämistä koskevan valistuksen ja tiedottamisen, yleiset palvelut, lyhytaikaiset palvelut (ryhmäpalvelut, vertaistuki) ja pitkäkestoiset korjaavat palvelut. Raportissa Kuopion kaupungille ennaltaehkäisevä työ (ks. Sirviö ym. 2009) pitää sisällään laajan ennaltaehkäisyn sisältäen valistuksen, tiedottamisen ja kaikille suunnatut toimet, kohdennetun ennaltaehkäisyn sisältäen lyhytaikaiset palvelut tietyille ryhmälle ja räätälöidyn ennaltaehkäisyn sisältäen intensiivisten palveluiden ennaltaehkäiseviä toimia. Kuopiossa vapaa-ajan palvelualue on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palvelualue ja Hämeenlinnassa jokaisen palvelun tulee sisältää hyvinvointia edistävää valistusta ja tiedottamista. Palvelujen tavoitteena on tukea lapsen ja nuoren lähiyhteisöjä mahdollisimman autonomiseen elämään sekä Hämeenlinnan monialaisuutta korostavassa ajattelussa, Kuopion ennaltaehkäisevään ohjaavassa mallissa että Harjavallan perhekeskeisessä ja vanhemmuutta tukevassa palvelutuotannossa. Kaste-ohjelman (2008- 2011) suosituksia ihmisten vastuun lisäämisestä omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista on siten hyvin noudatettu tutkimuskunnissa. (STM 2008, 30; Hämeenlinnan kaupunki 2009b, 13.)

Kuopion palvelualueuudistuksessa asiakkaita halutaan ohjata enemmän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluihin, joita ovat liikunta-, kulttuuri- ja musiikkipalvelut. Terveyttä ja hyvinvointia edistävänä nähdään kulttuuri- ja liikuntapalveluiden käytön entistä laajempi hyödyntäminen osana peruspalveluita, joiden käytöllä ajatellaan olevan myös ongelmia ja sairauksia ennaltaehkäisevää vaikutusta. Kuopio kiinnitti huomiota kulttuurikasvatuksen toteuttamisesta varhaiskasvatuksessa ja kouluissa kulttuuripolkujen, K9-kortin, kulttuurikuriirien ja kulttuurikellon avulla. Samanlainen ennaltaehkäisevä ajattelu toteutuu myös vapaa-ajan keskuksen toiminnassa liikuntapolku ja Pienet lapset liikkeelle toimintamallissa. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma (2012- 2015) tavoittelee taiteen ja kulttuurin soveltavaa käyttöä nuorten sosiaalisessa vahvistamisessa ja syrjäytymisen ehkäisyssä. Kuopion kaupungin kulttuuri- ja liikuntakasvatuksen osalta nousee esille kysymys, ylittääkö kulttuuri- ja liikuntapalvelut asiakkaille, jotka hyödyntävät korjaavia palveluita. Liikunta- ja

kulttuuripalvelut toimivat sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden asiakassuunnitelmissaan terveyttä ja hyvinvointia edistävinä toimina. Vaarana Kuopion kaupungin ennaltaehkäisevän toiminnan korostamisessa on se, että perusturvan ja terveydenhuollon palvelut nähdään kaikki raskaina ja viimesijaisina ilman ennaltaehkäiseviä toimia. (Kuopion kaupunki 2010b, 19; OPM 2012, 21.)

Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma (2007- 2011) mainitsee ennakoivan ja varhaisen puuttumisen toimintaperiaatteen edellyttävän kulttuurista muutosta, rakenteiden muuttamista ja monitoimijaisen yhteistyön osaamista ja johtamista. (OM 2007, 12.) Hämeenlinnassa monialaisuuden ja Kuopiossa ennaltaehkäisevän työn toteutuminen katsotaan vaativan myös kulttuurista muutosta organisaatioissa ja työntekijöiden osaamisen kehittymistä toimimaan uudella tavalla monialaisesti ja ennakoiden. Palvelukulttuuriin panostaminen nähtiin yhtenä olennaisena asiakastyytyväisyyden lisääjänä. Harjavallan strategiassa tuotiin myös esille työntekijöiden kouluttamista verkostomaiseen työskentelyyn. Harjavallan tavoite yhteistyön ja verkostomaisen ajattelun toteutumisesta jäi konsulttiyrityksen väliarvioinnin (Asikainen ym. 2011) tulosten perusteella heikoimmin toteutumaan. Viranomaislähtöinen kaupungin strategia ei tuonut esille moniammatillisuuden tavoitetta, vaikka lastensuojelusuunnitelmassa moniammatillisuuden tärkeys olikin huomioitu. Harjavallan lastensuojelusuunnitelmassa moniammatillisen yhteistyön katsotaan edellyttävän työntekijöiden yhteistä kouluttamista. Perustyötä tekevien kouluttaminen ennaltaehkäisevään työhön tuli selkeästi esille Kuopion lastensuojelun suunnitelmassa.

Muutoskyvykkäät hyvinvointipalvelujen organisaatiot viestivät organisaationsa sisällä jatkuvan muutoksen tarpeesta ja totuttavat henkilöstön olemaan muutokselle alttiita (Paasivaara ym. 2011, 37- 38). Tämä edellyttää asiakaslähtöisyyden omaksumista palveluiden tuottamisen keskiöön. Kuopion ja Hämeenlinnan kaupungin strategiat ja ohjelmat puhuivat asiakaslähtöisyyden puolesta. Asiakaslähtöisyys nähtiin palveluissa asiakkaita osallistavana itse palveluprosessissa, mutta myös olennaisesti palveluiden kehittämisessä (kehittäjäasiakkaat ja – kuntalaiset). Hämeenlinna yhdisti asiakaslähtöisyyden eniten markkinalähtöisyyteen ja valinnan vapauksien lisäämiseen palveluiden valinnassa. Hyvinvointipalveluiden markkinat ja monituottajamalli olikin eniten kehittynein Hämeenlinnassa. Kuopion palvelualueuudistuksen lähtökohtana oli

asiakslähtöisyys. Harjavallan kaupungin strategiassa ei puhuttu asiakslähtöisyydestä, vaan enemmänkin laadukkaista palveluista ja osaavasta henkilöstöstä. Näkökulma Harjavallan ohjelmissa oli järjestelmälähtöinen. Tutkimuksen mukaan kuitenkin yhteistoiminta-alueilla ja tilaaja-tuottajamallissa vanhempien vaikuttamiskanavat olivat vähäisemmät kuin siihen kuulumattomilla kunnilla (Perälä ym. 2011, 110), vaikka osallisuus on yksi esilläoleva asia kunta- ja palvelurakennemuutoksissa.

Kaikissa kunnissa asiakastyytyväisyyden seuraaminen oli otettu yhdeksi kantavaksi tavoitteeksi. Kaste- ohjelma nosti sen myös esille yhdeksi laadun mittariksi. (STM 2008, 40) Toisinaan ammattilaisten käsitys hyvästä laadusta voi poiketa asiakkaiden käsityksestä. Hämeenlinnan kaupunki on halukas lähtemään tähän dialogiin, jonka avulla he uskovat palveluiden parantumiseen asiakkaan kokeman laadun suuntaan. Harjavallassa halutaan myös ottaa enemmän perheitä mukaan lastensuojelun kehittämiseen. Kuntalaisten osallisuus palveluiden suunnittelussa on Harjavallassa vielä kehittämisen alla, kun Hämeenlinnassa markkinalähtöinen lähestymisote palveluiden järjestämiseen haastaa viranomaisten tapaa työskennellä.

Ennaltaehkäisevät kotipalvelut lapsiperheille ja perhetyö nähtiin kaikissa kunnissa tarpeellisina ja selkeästi perheiden tilanteita ennaltaehkäisevinä. Perheiden kotipalveluita tarjottiin sekä lähihoitajien antamana kotiapuna, arvioivana ja kuntouttavana perhetyönä että lastensuojelun perhetyönä (LsL 417/2007, 36 §). Perheiden laajaa ennaltaehkäisevää kotiapua ovat kevyemmät kotipalvelut ilman lastensuojelun asiakkuutta, joiden tarkoituksena on ehkäistä raskaimpien palveluiden tarvetta. Kohdennettua ennaltaehkäisyä ovat esimerkiksi Hämeenlinnan Vaahteramäen perhetyön tai Kuopion kaupungin neuvolan perhetyön kaltainen varhaisen tuen palvelu, joka on ehkäisevää, arvioivaa ja kuntouttavaa koko perheen tai yksittäisen perheenjäsenen kanssa tehtävää työtä. Räätelöityä ennaltaehkäisevää kotipalvelua on lastensuojelun perhetyö, jota lastensuojelun asiakkaat saavat avoimuuden tukitoimena (LsL 417/2007 36 §). Laajan ja kohdennetun kotipalvelun tarpeeseen vastattiin Harjavallassa parhaiten. Harjavallassa lastensuojelun perhetyö aloitettiin vasta keväällä 2009. Aikaisemmin perhetyötä hoidettiin kotipalvelusta perhetyöhön koulutetun kodinhoitajan toimin. (Harjavallan kaupunki 2009, 21- 22; Hämeenlinnan kaupunki 2011, 11; LsL 417/2007.) Lapsiasiainvaltuutettu Maria Kaisa Aula nosti julkiseen

keskusteluun viimeaikaisten perhesurmien johdosta lapsiperheiden matalakynnyksisten palveluiden tarpeen. Aula toi esille laajat kotipalvelut ilman lastensuojelun asiakkuutta ennaltaehkäisevinä palveluina lapsiperheille. (Aamulehti 2012.)

Arttu-tutkimuskuntien esimerkkien kautta on havaittavissa, että Suomessa kehitys on ollut selvästi rakenteellisen integraation suuntaan. Siihen sisältyy kuitenkin sekä toiminnallista integraatiota että toiminnallista eriytymistä. Vuonna 2008 ARTTU-tutkimuskuntien joukossa sosiaali- ja terveystalvet olivat organisaatorakenteellisesti erillään 18:ssa neljästäkymmenestä tutkimuskunnasta. Vuoden 2011 alussa palvelut olivat rakenteellisesti erillään enää seitsemässä kunnassa. (Niiranen ym. 2011, 71) Ennaltaehkäisevän työn mahdollistavien rakenteiden luominen saattaa edistää myös ennaltaehkäisevän työn toteutumista eri kunnissa, mutta ennaltaehkäisevä työ voi myös sisältää erilaisia työmuotoja samanlaisista rakenteista huolimatta. Vaikuttava lasten, nuorten ja perheiden ennaltaehkäisevä työ tapahtuu ja vaikuttaa yksilön ja perheen mikro- ja mesotasolla. Ennaltaehkäisevällä työ mahdollistuu monialaisella areenalla, jonka ekso- ja makrotaso mahdollistavat. Toisaalta hallinnollinen yhdistäminen ei takaa asiakastason toimintojen yhteen sovittamista ja mikään hallinnollinen yhdistäminen ei voi poistaa kaikkia rajapintoja. Mikrotason integraatio on välttämätön lapsi- ja perhelähtöisten palveluiden kehittämisessä. (Perälä ym. 2011, 21–22.)

Kuntien kehittämistyön yhtenäisyys luo myös yhteneväisiä ekologisia kasvatuspolkuja suomalaisille lapsille, nuorille ja perheille. Tavoitteiden toteutuminen vaatii myös ennaltaehkäiseviin palveluihin panostamista ja varhaista puuttumista, mutta ennen kaikkea sellaisten rakenteiden ja työkäytänteiden luomista, joissa ennaltaehkäisevä työ mahdollistuu. Kuntien rahoitus- ja valtiosuusjärjestelmän kehittäminen mittaamaan ennaltaehkäiseviä toimia tukisi kuntia suuntaamaan palveluita siihen suuntaan. Faktapohjaa ennaltaehkäisevän toiminnan laadun ja vaikuttavuuden mittaamiselle ei ole vielä riittävästi. (VM 2012, 172.) Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tehdä lapsi- ja perhearviointia kuntaliitosten myötä syntyneiden kuntien palveluista, laajentaa ymmärrystä ennaltaehkäisevästä työstä ja sen vaikuttavuudesta.

8 LÄHTEET

Aamulehti 2012. Hälytyskellojen pitäisi kansallisesti soida jo aika kovaa. Uutiset. Aamulehti 21.6.2012.

Aluehallintovirasto 2008. Lähes 60 prosenttia kunnista laiminlyö lapsiperheiden kotipalvelun järjestämisvelvollisuutta. Tiedote 18.9.2008. <http://www.laaninhallitus.fi/lh/etela/bulletin.nsf/PFBDArch/1C8FF701D7B478D0C22574C8003B2F85?opendocument>

Arpalahti Irma 2006. Terveystieteiden edistämisen toimintamalli Vantaan suun terveydenhuollossa. Suun terveystieteen julkaisuja. Vantaa.

Asikainen Jarmo & Joensuu Jaakko & Hietaharju Antti 2011. Harjavallan strategian väliarviointi. Auditor-yhtiöt. <https://harjavalta.fi/bin.directo.fi/@Bin/0df66c33e68dcefdc3c461e5d2e6cb05/1330504194/application/pdf/2245537/Kaupunkistrategian%20v%C3%A4liarviointi.pdf>

Becker Dana & Hogue Aaron & Liddle Howard 2002. Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(2), 163- 179.

Bowen Glenn 2009. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9 (2), 27- 40.

Bracht Neil 2008. Prevention: Additional Thoughts. *Social Work in Health Care*, 30(4), 1- 6.

Broberg Anders & Almqvist Kjerstin & Tjus Tomas 2005. *Kliininen lapsipsykologia*. Edita, Helsinki.

Bronfenbrenner Urie 1979. *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Bryans Alison & Cornish Flora & McIntosh Jean 2009. The potential of ecological theory for building an integrated framework to develop the public health contribution of health visiting. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), 564–572.

Cowley S & Caan W & Dowling S & Weir H 2007. What do health visitors do? A national survey of activities and service organization. *Journal of the royal institute of Public Health*, 121, 869-879.

Ebeling Hanna 2006. *Syömishäiriöt*. Teoksessa Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti (toim.) *Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen*. Duodecim, Helsinki, 118- 126.

Ekman A & Vass M & Avlund K 2010. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health and Social Care in the Community*, 18(6), 563–571.

Eriksson Esa & Arnkil Tom Erik & Rautava Marie 2006. Ennakointiallogeja huolten vyöhykkeellä. Verkostokonsultin- käsikirja, ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T29-2006-VERKKO.pdf>

Guibord Melanie & Bell Tessa & Romano Elisa & Rouillard Louise 2011. Risk and protective factors for depression and substance use in an adolescent child welfare sample. *Children and Youth Services Review*, 33 (11), 2127–2137.

Harjavalta 2008. Harjavallan kaupungin strategia 2016. Myötävirrassa menestykseen. Kaupunginvaltuuston 28.1.2008 hyväksymä.

Harjavallan kaupunki 2009. Lastensuojelusuunnitelma 2011- 2016.

Harjavallan kaupunki 2009. Nuorisovaltuuston toimintamalli ja hallintosääntö. Kaupunginhallituksen esityslistaan A nro 19/19.10/2009/314§.

Hegerl Ulrich & Wittenburg Lisa & Arensman Ella & Van Audenhove Chantal & Coyne James & McDaid David & van der Feltz-Cornelis Christina & Gusmão Ricardo & Kopp Maria & Maxwell Margaret & Meise Ullrich & Roskar Saska & Sarchiapone Marco & Schmidtke Armin & Värnik Airi & Bramesfeld Anke 2009. Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *Study Protocol, BMC Public Health* (9) 428, 1-8.

Heino Tarja 2008. Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset. Selvitys lastensuojelun kehittämisohjelmalle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita 9/2008. Valopaino Oy, Helsinki.

Heinonen Eeva 2006. Varhainen puuttuminen ja verkostoyhteistyö. Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 147- 155.

Helsingin Sanomat 2011. Ehkäisevä perhetyö takaisin. Pääkirjoitus. Helsingin Sanomat, 18.12.2011.

Herbert Simon 1972. Theories of Bounded rationality. In McGuire C. B & Radner Roy Decision and Organization. Chapter 8. North-Holland Publishing Company. http://innovbfa.viabloga.com/files/Herbert_Simon___theories_of_bounded_rationality___1972.pdf

Hiltunen Mervi 2012. Kysymys nuorisovaltuustosta. Yksityinen sähköpostiviesti Aino Syrjäselälle. 23.4.2012.

Hiltula Soile 2012. Kysymys kotipalvelusta ja perhetyöstä. Yksityinen sähköpostiviesti Aino Syrjäselälle. 7.6.2012.

Hughes Honroe 1982. Brief Interventions With Children In a Battered Women's Shelter: A Model Prevention Program. *Family Relations* (31), 495-502.

Hämeenlinnan kaupunki 2009a. Uudistuva Hämeenlinna 2015. Power Point.

Hämeenlinnan kaupunki 2009b. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2010- 2013. Osa 1. Eläla 19.8.2009. Täydennetty asiakirja.

Hämeenlinnan kaupunki 2010. Palvelu- ja hankintastrategia. Esitys KH 31.5.2010.

Hämeenlinnan kaupunki 2011. Lastensuojelusuunnitelma 2010- 2013. Päivitetty 22.3.2011, Lanula.

Hänninen Sanna 2010. Uudet palveluorganisaatiot lasten ja perheiden palveluissa – sosiaalisten innovaatioiden mahdollisuudet. Raportissa Kaarakainen Minna & Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha (toim.) Rakenteetmuuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystalvet Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Jakonen Sirkka 2006. Kouluterveydenhuollon merkitys. Teoksessa Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 156- 164.

Jamieson Kathleen & Romer Daniel 2005. A call to Action on Adolescent Mental Health. Teoksessa Evans Dwight & Foa Edna & Gur Raquel & Hendin Herbert & O'Brien Charles & Seligman Martin & Walsh Timothy (ed.) Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders. What we know and what we don't know. Oxford University Press, 617- 623.

Jones Mary & Maguara Stephen & Shyne Ann 1981. Effective Practice with Families in Protective and Preventive Services: What Works? Child Welfare, 60 (2), 67- 80.

Julkunen Raija 2008. Sosiaalipolitiikan kansalainen: aktivoitu, valtaistettu, vastuutettu, hylätty? Teoksessa Niemi Petteri & Kotiranta Tuija (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Gaudeamus, Helsinki.

Jäntti Jonna 2010. Kuopion lukioiden Opiskelijahuolto- hanke. 1.4.–31.12.2010. <http://www.peda.net/veraja/kuopio/huoltohanke>

Järvisalo Jorma & Raitasalo Raimo & Salminen Jouko & Klaukka Timo & Kinnunen Elina 2005b. Depression and other mental disorders, sickness absenteeism and work disability pensions in Finland. Teoksessa Järvisalo Jorma & Andersson Björn & Wolfgang Boedeker & Houtman Irene (toim.) Mielenterveysongelmat - työkyvyttömyyden ehkäisyn suurin haaste: Suomen, Saksan, Ruotsin ja Alankomaiden tilanteesta. Kela, Social Security and Health Reports 66. Edita, Helsinki, 27–59.

Kaarakainen Minna & Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha 2010. Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystalvet Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kaarakainen Minna & Syrjänen Aino 2012. Asiakasymmärryksestäkö avain palveluennakointiin? Markkinalähtöisen asiakasymmärryksen käsitteen jäljillä – kirjallisuuskatsaus kansainväliseen tutkimukseen. Hallinnon Tutkimus 31(2) 117- 130.

Koivu Aija 2006. Tiimityö ja työnohjaus työntekijän tukena. Teoksessa Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 254–260.

Koskinen Tarja 2006. Takaisin elämänvirtaan- nuorten kuntoutus. Teoksessa Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 246- 253.

Korunka Christian & Scharitzer Dieter & Carayon Pascale & Hoonakker Peter & Sonnek Angelika & Sainfort Francois 2007. Customer orientation among employees in public administration: A transnational, longitudinal study. Applied Ergonomics, 38, 307-315.

Koskenvuo Markku & Mattila Kari 2009. Terveystiedon edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. 19.1.2009. Terveyskirjasto. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001

Kuntaliitto 2007. Työvälineitä Paras- uudistajille. Kunnan palvelustrategian laatiminen. Verkkotoimitus 18.5.2007. http://hankinnat.fi/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;121698;102064;106849;39002

Kuntaliitto 2011. Kuntaliiton arvio hallitusohjelmasta kuntien näkökulmasta. 7.7.2011. [http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2011/hallitusohjelma_arvio_pivitetty/Liiton % 20analyysi% 20hallitusohjelmasta.pdf](http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2011/hallitusohjelma_arvio_pivitetty/Liiton%20analyysi%20hallitusohjelmasta.pdf)

Kuopion kaupunki 2007. Kuopion kaupungin palvelustrategia vuoteen 2017. Tavoite- ja kehittämissuunnitelmat. Kaupunginvaltuusto 14.5.2007.

Kuopion kaupunki 2010a. Kuopion kaupungin strategia vuoteen 2020. Kaupunginvaltuusto. 28.6.2010.

Kuopion kaupunki 2010b. Lastensuojelun suunnitelma 2009- 2012.

Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittinen neuvottelukunta 2006. Kuopion lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma 2006- 2012. Erillisselvitykset. ER 2006:5. Kuopion kaupunki.

Kuopion Nuoriso-ohjelma 2010–2015 2009. Nuorisopalvelut. Kuosmanen Sani (toim.) Kuopion kaupunki.

Kuosmanen Sani 2012. Kysymys nuorisovaltuustosta. Yksityinen sähköpostiviesti Aino Syrjäselälle. 23.4.2012.

Kuusi Pekka 1968. 60-luvun sosiaalipoliittinen. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. Viides painos. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo.

Laitinen Merja & Pohjola Anneli 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki.

Lallukka Kaarina 2012. Kysymys nuorisovaltuustosta. Yksityinen sähköpostiviesti Aino Syrjäselälle. 23.4.2012.

Langlie J.K 1977. Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. Syracuse University Journal of Health and Social Behavior, (September) 18, 244-260.

life S & Kharicha K & Harari D & Swift C & Goodman C & Manthorpe J 2010. User involvement in the development of a health promotion technology for older people: findings from the SWISH project. Health and social Care in the Community, 18 (2), 147-159.

Liikanen H-L 2010. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia. Ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014. Opetusministeriön julkaisuja 2010:1. Opetusministeriö, Helsinki.

Lindell Pekka 2010. Päivähoidon taustaa. Henkilökohtainen sähköpostiviesti Aino Syrjäselälle 21.6.2010.

Matthies Aila-Leena 2007. Toisenlainen kolmas sektori. Pohjoismaiden sosiaali- ja terveysjärjestöt tutkimuksen valossa. Yhteiskuntapolitiikka, 72(1), 57- 71.

Meklin Pentti & Pekola-Sjöblom Marianne 2010. PARAS-Arttu – arviointitutkimusohjelma monitieteisenä tutkimushankkeena – tavoitteet ja toteutus. Raportissa Kaarakainen Minna & Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha (toim.) Rakenteetmuuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Niiranen Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila Kirsi & Forsberg Hannele & Roivainen Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. SoPhi, Jyväskylä, 63–80.

Niiranen Vuokko & Puustinen Alisa 2011. Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaalija terveyspalveluissa. SOTEPÄ – sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa. Väiliraportti. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 16. Itä-Suomen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Niiranen Vuokko & Seppänen-Järvelä Riitta & Sinkkonen Merja & Vartiainen Pirkko 2010. Johtaminen sosiaalialalla. Gaudeamus, Helsinki.

OPM 2007. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007- 2011. Opetusministeriö, Helsinki.

OKM 2012. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012- 2015. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2012:6. Opetus- ja kulttuuriministeriö, Helsinki.

Paasivaara Leena & Suhonen Marjo & Virtanen Petri 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tietosana, Helsinki.

Patronen Mari & Melin Tuomo & Tuominen- Thuesen Minna & Juntunen Eeva & Laaksonen Sirpa & Karikko Wilhelmiina 2012. Henkilökohtainen budjetti. Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Sirta. Hakapaino, Helsinki.

Perälä Marja- Leena & Halme Nina & Hammar Teija, Nykänen Sirpa 2011. Hajanisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. Raportti 29/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Unigrafia, Helsinki.

Pohjola Anneli 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen Merja & Pohjola Anneli (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki, 19- 74.

Puroila Anna- Maija & Karila Kirsti 2001. Bronfenbrennerin ekologinen teoria. Teoksessa Karila Kirsti & Kinos Harmo & Virtanen Jorma (toim.) Varhaiskasvatuksen teoriasuuntauksia. PS-kustannus, Jyväskylä.

Pyykönen Anna-Maija 2010. Oppilashuolto lapsiperheiden palveluiden rajanylittäjänä Paras-hankkeessa. Raportissa Kaarakainen Minna & Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha 2010 (toim.) Rakenteetmuuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystalvet Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Rautjärvi Jarmo 2010. Kuopion lastensuojelun suunnitelman toimenpide-ehdotukset. Kooste 16.3.2010.

Richard Lucie & Pineault Raynald & D'Amour Danielle & Brodeur Jean-Marc & Seguin Louise & Latour Robert & Labadie Jean-Trancois (ed.) The diversity of prevention and health promotion services offered by Québec Community Health Centres: a study of infant and toddler programmes. Health and Social Care in the Community, 13 (5), 399–408.

Richard Slack 2000. The new NHS plan, a new direction for public health? The editorial. Public Health (2000) 114, 429- 430.

Romer Daniel & McIntosh Mary 2005. The Roles and perspectives of School Mental Health professionals in Promoting Adolescent Mental Health. In Evans Dwight & Foa Edna & Gur Raquel & Hendin Herbert & O'Brien Charles & Seligman Martin & Walsh Timothy (ed.) Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders. What we know and what we don't know. Oxford University Press, 597- 615.

Roosa Mark & Gensheimer Leah & Short Jerome & Ayers Tim & Shell Rita 1989. A Preventive Intervention for Children in Alcoholic families. Results of a pilot study. Family relations, 38, 295- 300.

Saari Juho 2011. Hyvinvointi suomalaisen yhteiskunnan perusta. Gaudeamus, Helsinki.

Sirviö Kaarina & Mönkkönen Kaarina & Hoffren Tarja & Roine Maija & Lappalainen Jaana 2011. Ennakoiva osaaminen - toimintaa ennen erityistä. Malli ennakoivan toiminnan arviointiin ja kehittämiseen. Teoksessa Ruuskanen Petri & Savolainen Katri & Suonio Mari (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Unipress, Helsinki, 118- 146.

Suchman Edward 1967. Preventive Health Behavior: A Model for Research on Community Health Campaigns. University of Pittsburgh. Journal of Health and social behavior, (8)3, 197–209.

Solantaus Tytti & Paavonen Juulia & Toikka Sini & Punamäki Raija-Leena 2010. Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. European Child & Adolescent Psychiatry, 9 (12), 883- 892.

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2012- kansanterveysohjelma. Julkaisuja 2001: 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2007. Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Syrjänen Aino 2010. Ennaltaehkäisevä näkyväksi. Kuopion kaupungin ennaltaehkäisevät palvelut, mitä ne ovat ja miten niistä tulisi mitata? Suunnittelijaharjoittelijan raportti. Kuopio.

Tacke Ulrich 2006. Päihdeongelmat. Teoksessa Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti 2006. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 135- 145.

Taipale Mauri 2006. Lastensuojelun antama tuki. Teoksessa Laukkanen Eila & Marttunen Mauri & Miettinen Seija & Pietikäinen Matti 2006. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Helsinki, 165- 172.

THL 2012. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Seurantaindikaattorit. Kaste 2008-2011-ohjelman tavoiteindikaattorit. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu?group=460>

Tuomala Matti 2009. Julkistalous. Gaudeamus, Helsinki.

Unicef 2009. YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf

Valtioneuvosto 2011. Hallitusohjelman strateginen toimeenpanosuunnitelma. Kärkihankkeet ja vastuut. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.10.2011. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

Valtioneuvoston kanslia 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma. 22.6.2011. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

VM 2012. Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys. Osa 1 Selvitysosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a/2012. Valtiovarainministeriö, Helsinki.

VM 2012. Peruspalvelujen tila raportti 2012. Kunnallistalouden ja – hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja 12/2012. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

VM 2011. Peruspalveluohjelma 2013- 2015. Valtiovarainministeriön julkaisuja 37a/2011. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Varpu 2006. Lapselle tukea ajoissa. Mitä varhaisella puuttumisella tarkoitetaan? Lastensuojelun keskusliitto & OAJ: Opettaja (38).

Viinamäki Olli-Pekka 2008. Julkisen sektorin arvoympäristön kompleksisuus. Tutkimus julkisten organisaatioiden arvojen, johtamisteorioiden ja arvojohtajuuden erityisyydestä. Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 283.

Voudanoff Patricia 1995. A family perspective on service integration. Family relations, 44 (1), 63- 68.

Walker Rae 2002. Inter-agency collaboration: the North East Health Promotion Centre. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 26 (6), 531- 535.

Weissman Andrew & Rosenberg Gary 2008. Health Care and Social Work: Dilemmas and Opportunities. Teoksessa Patti Rino (toim.) The Handbook of Social Welfare Management. Sage Publications, California, 511- 519.

LAINSAÄDÄNTÖ:

Asetuskokoelma 2011/338. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

L 365/1995. Kuntalaki.

L 36/1973. Laki lasten päivähoidosta

L 417/2007. Lastensuojelulaki.

L 642/2010. Laki perusopetuslain muuttamisesta.

L 1412/1997. Laki toimeentulotuesta

L 72/2006. Nuorisolaki.

L 628/1998. Perusopetuslaki.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.