

HANNE KIVIMÄKI

# Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja saatavuus Suomessa 2000-luvulla



Tampereen yliopiston väitöskirjat 686

HANNE KIVIMÄKI

# Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja saatavuus Suomessa 2000-luvulla

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Esitetään Tampereen yliopiston  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunnan  
suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi  
Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen  
Keltaisessa salissa F025, Arvo Ylpön katu 34,  
Tampere, 18.11.2022, klo 12

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

<i>Vastuuohjaaja ja Kustos</i>	Professori emerita Arja Rimpelä Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Ohjaaja</i>	Professori emeritus Matti Rimpelä Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Esitarkastajat</i>	Professori emerita Anna-Maija Pietilä Itä-Suomen yliopisto Suomi	Dosentti Pekka Jousilahti Helsingin yliopisto Suomi
<i>Vastaväittäjä</i>	Professori Päivi Rautava Turun yliopisto Suomi	

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Copyright ©2022 tekijä

Kannen suunnittelu: Roihu Inc.

ISBN 978-952-03-2603-6 (painettu)  
ISBN 978-952-03-2604-3 (verkkojulkaisu)  
ISSN 2489-9860 (painettu)  
ISSN 2490-0028 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2604-3>



Tampereen yliopiston painetuissa väitöskirjoissa on kompensoitu painatuksesta aiheutuneet hiilidioksidipäästöt.

PunaMusta Oy – Yliopistopaino  
Joensuu 2022

# KIITOKSET

Suurimmat kiitokset kuuluvat väitöskirjani ohjaajille. Kiitos kansanterveystieteen emeritaprofessori Arja Rimpelälle ja terveystieteiden emeritusprofessori Matti Rimpelälle lukuisista keskusteluista ja viisaista neuvoista vuosien varrella. Lämmin kiitos johdattamisesta suomalaisen kouluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tutkimuksen maailmaan.

Työni esitarkastajille emeritaprofessori Anna-Maija Pietilälle sekä dosentti, tutkimusprofessori Pekka Jousilahdelle suuret kiitokset asiantuntemuksella laadituista lausunnoista. Tärkeät huomionne auttoivat täsmentämään ja viimeistelemään väitöskirjaani. Kiitän lämpimästi kansanterveystieteen professori Päivi Rautavaa lupautumisesta vastaväittäjäksi.

Tämä tutkimus on aloitettu aikanaan Tampereen yliopistossa osana Suomen Akatemian terveydenhuoltotutkimusohjelman KERITTU-tutkimushanketta. Kiitän lämpimästi tästä tilaisuudesta ja tuesta. Työn etenemisen kannalta tärkeitä ovat olleet ne jaksot, jolloin on ollut mahdollisuus keskittyä tutkimukseen päätoimisesti. Kiitokset tahoille, jotka rahoittivat tutkimustani: Juho Vainion säätiö ja Valtion tutkimusrahoitus (VTR), Tampereen yliopistollinen sairaala. Kiitos myös Koulutusrahastolle aikuiskoulutustuesta.

Tutkimuksessa on käytetty pääosin koko maan kattavia tilasto- ja kyselyaineistoja, joista kiitokset silloiselle Länsi-Suomen lääninhallitukselle ja Stakesille sekä Opetushallitukselle ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Kiitokset aineistoista myös seuraaville tahoille: Kansaneläkelaitos, Suomen Kuntaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Tilastokeskus sekä sosiaali- ja terveysministeriö.

Kiitän kaikkia osajulkaisujeni kirjoittajia: Marjut Frantsi-Lankia, Katja Joronen, Elise Kosunen, Arja Rimpelä, Matti Rimpelä, Vesa Saaristo, Timo Ståhl ja Kirsi Wiss. Kiitokset hyvästä yhteistyöstä ja ajatusten vaihdosta. Kiitos Vesa Saaristolle pitkämielisyydestä tilastollisten pulmien parissa. Kiitos Kirsi Wissille monista keskusteluista ja tärkeästä vertaistuesta. Yhteisistä pohdinnoista kiitokset seurantaryhmäni jäsenille, emeritaprofessori Elise Kosuselle ja dosentti, yliopistonlehtori Pirjo Lindforsille, sekä Tampereen yliopiston Lasten ja nuorten terveyden edistämisen tutkimuksen ryhmälle, Nedikselle.

Suuret kiitokset alkuperäisiin tiedonkeruisiin osallistuneille nuorille, rehtoreille, hoitajille, lääkäreille ja muille ammattilaisille. Kiitos kouluterveydenhuollon terveydenhoitajille ja lääkäreille tekemästänne arvokkaasta työstä.

Väitöskirjan etenemisessä olennainen rooli on ollut työyhteisön vahvalla tuella. Kiitos Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle kannustuksesta ja tutkimuksen tekemisen mahdollistamisesta. Kiitos kaikille esihenkilöille ja kollegoille, kiitos Timo Ståhl sekä Hyvinvointijohtamisen ja palvelujärjestelmän tietopohja -tiimi. Lämmin kiitos työarjen jakamisesta Jenni Helenius, Eetu Ervasti, Satu Helakorpi, Pauliina Luopa ja Anni Matikka. Erityiset kiitokset Annille ja Pauliinalle: teiltä saamani tsemppaus on nostanut ja kantanut tämän matkan aikana monta kertaa. Kouluterveydenhuollon palveluihin liittyvistä antoisista keskusteluista kiitokset ylilääkäri Marke Hietanen-Peltolalle.

Tutkimuksen ja työn vastapainoksi on ollut myös aikaa hengähtää. Kiitos ystävät tapaamisista, etäilloista, viesteistä ja soitoista, retkistä, kulttuurihetkistä ja monista hyvistä nauruista. Kiitos luonto: metsät, rannat, tunturit, linnut.

Lämmin kiitos vanhemmilleni, sisaruksilleni ja appivanhemmilleni kaikesta tuesta. Kiitos isä ja äiti kannustuksesta opintojeni suhteen: olen saanut teiltä apua aina, kun olen sitä tarvinnut. Puolisolleni ja lapsilleni kiitokset arkeni tasapainottamisesta sekä kärsivällisyydestä väitöskirjavuosien aikana: kiitos, että saan jakaa elämäni kanssanne.

Espoossa 3.10.2022

Hanne Kivimäki

# TIIVISTELMÄ

Kouluterveydenhuollon lakisääteisillä palveluilla on mahdollisuus tavoittaa kattavasti lapset ja nuoret sekä edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli tutkia suomalaisen kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta ja palveluiden saatavuutta painottaen tasa-arvoisuutta ja yhdenvertaisuutta. Tutkimus toteutettiin neljänä osajulkaisuna, joissa tutkittiin kouluterveydenhuollon suunnitelmia ja toimintakertomuksia, käyntimääriä, nuorten kokemaa pääsyä palveluihin sekä vanhempien osallistumista terveystarkastuksiin. Aiheita tarkasteltiin palvelunjärjestäjien eli terveyskeskuksen ja peruskoulun sekä oppilaan tasolla. Aineistona käytettiin valtakunnallisia ja alueellisia terveyskeskuskyselyitä, terveyskeskusten laatimia suunnitelmia ja toimintakertomuksia, tilastoituja käyntimääriä, peruskoulujen tiedonkeruita sekä valtakunnallista nuorille suunnattua Kouluterveyskyselyä.

Tutkimuksen tulosten mukaan kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus toteutui vuonna 2005 suositusten mukaan kolmasosassa (33 %) terveyskeskuksista (N=227). Suunnitelmia tekivät ja uudistivat vähiten pienet terveyskeskukset. Analysoidut asiakirjat olivat pääosin suppeita. Suunnitelmallisuus ei ollut yhdenvertaista eri alueiden välillä. Kouluterveydenhuollon vuosien 1994–2005 tilastoituja käyntimääriä koskevan tutkimuksen mukaan lääkärikäynnit tuhatta 7–18-vuotiasta kohti vähenivät 2000-luvun alkuun asti ja muiden käyntien muutos oli pieni. Käyntimäärien vaihtelu terveyskeskuksittain oli suurta ja jopa lisääntyi lääkärikäyntien osalta. Ennaltaehkäisevät palvelut vähenivät useiden ammattilaisten osalta samanaikaisesti.

Kouluterveydenhuollon ohjaus vahvistui valtioneuvoston asetuksen (2009/380; 2011/338) ja oppilas- ja opiskelijahuoltolain (2013/1287) myötä, ja palveluntuottajia veloitettiin palveluiden yhtenäiseen tasoon ja saatavuuteen. Tulosten mukaan vuonna 2013 noin kuudesosa (13 %) nuorista (N=71 865) koki pääsyn kouluterveydenhoitajan vastaanotolle vaikeaksi. Vuonna 2017 alle puolet (44 %) nuorista (N=58 232) kertoi vanhemman osallistuneen terveystarkastukseen perusopetuksen 7. –9. luokkien aikana. Sekä kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeaksi kokeneiden että vanhempien terveystarkastukseen osallistumisesta ilmoittaneiden nuorten osuus vaihteli runsaasti terveyskeskusten ja koulujen välillä. Alle suositusten oleva kouluterveydenhoitajaresurssi oli yhteydessä vaikeaan pääsyyn vastaanotolle

pojilla. Kouluterveydenhoitajaresurssilla tai vanhempien kutsumisella laajaan terveystarkastukseen ei ollut yhteyttä vanhempien osallistumiseen.

Nuorten vaikeaksi kokemaan pääsyyn vastaanotolle ja siihen, että vanhemmat eivät osallistuneet terveystarkastukseen, olivat yhteydessä sosiodemografiset taustatekijät, kuten vanhemman matala koulutus ja ulkomaalainen syntyperä. Vanhempien työttömyydellä ei ollut yhteyttä tutkittuihin asioihin. Vaikeaksi koettuun pääsyyn ja vanhempien poisjääntiin terveystarkastuksista olivat yhteydessä myös nuoren hyvinvointia kuvaavat tekijät, kuten päivittäiset oireet ja keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa. Koetun terveyden ja kouluhyvinvoinnin haasteet olivat yhteydessä koettuun vaikeaan pääsyyn. Vanhempien osallistumisesta terveystarkastuksiin ilmoittivat useammin pitkäaikaissairaat ja viikoittain kiusatut nuoret.

Tämän tutkimuksen tulokset valottavat suomalaisen kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden ja saatavuuden tilaa sekä palveluntuottajien välisiä eroja. Vaikka suurin osa nuorista koki pääsyn kouluterveydenhoitajan vastaanotolle helpoksi, osa jäi todennäköisesti vaille tarvitsemaansa apua, ja terveystarkastukset eivät tavoittaneet vanhempia kattavasti. Todetut puutteet palvelussa havaittiin jo ennen Covid19-epidemian aikana nousseita haasteita saatavuudelle. Tulokset antavat viitteitä siitä, että palveluiden ja erityisesti avointen vastaanottojen saatavuutta tulee vahvistaa eri tavoin tukea tarvitsevien nuorten näkökulmasta. Vanhempien osallistumisesta terveystarkastuksiin voi tukea esimerkiksi eri kielillä lähetetyllä kutsulla, palveluiden merkitystä avaamalla sekä mahdollisuudella vaikuttaa tarkastuksen ajankohtaan. Lisäksi kouluterveydenhuollon toimintaa kuvaavien suunnitelmien tulee olla kirjallisia ja sekä ammattilaisten että perheiden saatavilla.

Kouluterveydenhuollon toteutumista tulee seurata sekä koko maan että palveluntuottajien tasolla. Erityisesti tulee huomioida palvelujen yhdenvertainen saatavuus, yhtenäinen taso ja väestön tarve palveluille. Jatkotutkimuksessa tulee selvittää, miten suunnitelmallinen johtaminen ohjaa kouluterveydenhuoltoa ja on yhteydessä toiminnan laatuun ja resursseihin. Kouluterveydenhuollon käyntimäärien kehityksestä tarvitaan tietoa suhteessa muihin lasten ja nuorten palveluihin ja hyvinvointiin. Kouluterveydenhoitajan työajan jakautumista, avovastaanoton ja sähköisten palveluiden osuutta sekä yhteyttä palvelujen koettuun saatavuuteen ja vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin tulee selvittää tarkemmin. Samoin tutkimusta palveluista tiedottamisesta ja vanhempien kutsumisesta tarkastuksiin tarvitaan lisää.



# ABSTRACT

Statutory school health services have an opportunity to reach most children and adolescents and promote their health and well-being. The aim of this dissertation was to study the planning activity and availability of Finnish school health services, emphasizing the perspective of equality. The study comprises four publications which focus on activity plans and annual reports, visiting rates of school health services, perceived access to services by adolescents, and parental participation in health examinations. The topics were examined at the level of service providers, health centers and comprehensive schools, as well as at the student level. The data used were national and regional health center surveys, action plans and annual reports made by health centers, the statistics of school health care visits, data collection for comprehensive schools and the nationwide School Health Promotion study, which was targeted to adolescents.

According to the results, one third (33%) of the health centers (N=227) implemented activity planning according to recommendations in 2005. Small health centers made, and revised, activity plans the least. The analysed documents were mainly quite brief. Planning activity was not equal between different areas. According to the study concerning visits to school health services in 1994–2005, visiting rates to doctor per thousand 7–18-year-olds decreased until the beginning of the 21st century, and the change in other visits was small. The variation in visiting rates between health centers was large and increased for visits to school doctor. Preventive services were decreased by several professionals simultaneously.

The guidance for school health services was strengthened by governmental decree (2009/380; 2011/338) and the Student Welfare Act (2013/1287). Service providers were obliged to ensure a uniform level and availability of services. According to the results, about one sixth (13%) of adolescents (N=71 865) perceived accessing school health nurse appointments as difficult in 2013. In 2017, less than half (44%) of the adolescents (N=58 232) reported parental participation in a health examination during grades 7–9. The share of adolescents who perceived difficult access or reported parental participation in health examinations varied greatly between health centers and schools. A school health nurse resource below national recommendation was associated with difficult access among boys. School health nurse resource or

parents' invitation to a comprehensive health examination were not associated with parental participation.

Socio-demographic factors, such as parents' low education level or immigrant background, were associated with perceived difficult access or parents' non-participation in health examinations. Parental unemployment had no association here. Factors related to adolescent's wellbeing, for example daily health complaints or discussion difficulties with parents, were also associated with perceived difficult access and parental non-participation. Challenges in perceived health and school-related wellbeing had an association with perceived difficult access. Adolescents who had a long-term illness or were bullied weekly reported more frequent parental participation.

The results of this study enlighten both the state of the planning activity and availability of Finnish school health services and differences between service providers. Although most adolescents perceived easy access to a school health nurse, there were probably unmet service needs, and health examinations did not reach parents extensively. These deficiencies in services were noticed before challenges to availability arose during the COVID-19 epidemic. The results indicate that the availability of services, especially open-door clinics, should be strengthened for students with different needs for support. Parental participation in health examinations can be promoted by, e.g., sending invitations in several languages, describing the meaning of the appointment and services, and enabling parents to impact the time of the appointment. In addition, the plans describing school health services should be written and openly available for both professionals and families.

The equality of school health services should be monitored at national and service provider levels. In particular, equal availability, a uniform level of services, and the population's needs for services should be considered. Future research should focus on how planning activity and management guides school health services and is associated with service quality and resources. Information is needed on the development of school health visiting rates in relation to children and adolescents' other services and wellbeing. The distribution of school health nurse working hours, share of open appointment and online services, and their association with perceived access and parents' participation in health examinations should be studied more. Likewise, more research is needed on information provided about services to both adolescents and parents, and on inviting parental participation in health examinations.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	15
2	KOULUTERVEYDENHUOLTO SUOMESSA.....	19
2.1	Historia ja kehitys 1800-luvulta nykypäivään .....	19
2.1.1	Kouluterveydenhuollon kehittyminen 1880-luvulta 1960-luvulle .....	19
2.1.2	Kouluterveydenhuolto vuoden 1972 kansanterveyslaista 1990-luvun valtiosuosuuudistukseen.....	21
2.1.3	Kouluterveydenhuollon haasteet ja kehittäminen 2000-luvun alussa .....	22
2.1.4	Normi- ja informaatio-ohjauksen vahvistamisen aika 2000-luvulla.....	24
2.2	Kouluterveydenhuollon keskeiset tehtävät ja toteutus .....	27
2.3	Määräaikaiset ja laajat terveystarkastukset sekä avoin vastaanotto .....	28
2.4	Ohjaus ja valvonta .....	29
3	VALTAKUNNALLINEN KOULUTERVEYDENHUOLLON SEURANTA.....	31
3.1	Kouluterveydenhuollon tilastotiedot .....	31
3.2	Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä TEAvisari.....	32
3.3	Kouluterveyskysely .....	33
3.4	Kouluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon tiedonkeruut .....	34
4	KOULUTERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN YHDENVERTAINEN SAATAVUUS .....	35
4.1	Terveydenhuollon palveluiden saatavuuden, yhdenvertaisuuden ja eriarvoisuuden käsitteet.....	35
4.2	Kouluterveydenhuollon palveluiden yhdenvertainen saatavuus valtakunnallisen ohjauksen mukaan.....	37
4.3	Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuus Suomessa.....	38
4.4	Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen yhteydessä olevat tekijät.....	39
5	KOULUTERVEYDENHUOLLON SUUNNITELMALLISUUS .....	43
5.1	Suunnitelmallisuus valtakunnallisen ohjauksen mukaan .....	43
5.2	Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus Suomessa.....	48

6	KOULUTERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ VANHEMPIEN JA HUOLTAJIEN KANSSA.....	51
6.1	Yhteistyö vanhempien ja huoltajien kanssa kouluterveydenhuoltoa ohjaavien lakien ja suositusten mukaan.....	51
6.2	Vanhempien ja huoltajien osallistuminen kouluterveydenhuollon terveystarkastuksiin Suomessa .....	52
6.3	Vanhempien ja huoltajien osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät .....	53
7	YHTEENVETO TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDISTA.....	57
8	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	59
9	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	60
9.1	Keskeiset tutkimusaineistot.....	60
9.1.1	Terveyskeskuskyselyt (I).....	60
9.1.2	Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmat ja kertomukset (I) .....	62
9.1.3	Kouluterveydenhuollon käyntimäärät (II).....	62
9.1.4	TEAvisarin perusopetuksen tiedonkeruut (III, IV).....	63
9.1.5	Kouluterveyskysely (III, IV) .....	63
9.2	Keskeiset mittarit.....	64
9.2.1	Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus (I) .....	64
9.2.2	Kouluterveydenhuollon tilastoidut käynnit (II).....	65
9.2.3	Koettu pääsy kouluterveydenhoitajan vastaanotolle (III).....	65
9.2.4	Vanhempien osallistuminen terveystarkastuksiin (IV) .....	65
9.2.5	Terveyskeskusta, lasten ja nuorten terveyspalveluita sekä kouluterveydenhuoltoa kuvaavat muuttujat (I, II, III, IV) .....	66
9.2.6	Nuoren sosioekonomista taustaa, terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat muuttujat (III, IV) .....	67
9.3	Tutkimusmenetelmät.....	68
9.3.1	Toimintasuunnitelmien ja kertomusten analysointi (I) .....	68
9.3.2	Ristiintaulukointi ja x2-riippumattomuustesti (I, II, III, IV).....	69
9.3.3	Korrelaatioanalyysi, regressioanalyysi ja Gini-kerroin (II).....	69
9.3.4	Logistinen regressio ja monitasomalli (III ja IV) .....	70
10	TULOKSET .....	72
10.1	Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus (I).....	72
10.2	Kouluterveydenhuollon käyntimäärien muutos (II).....	73
10.3	Nuorten kokema pääsy kouluterveydenhoitajan vastaanotolle (III).....	74
10.4	Vanhempien osallistuminen kouluterveydenhuollon terveystarkastuksiin (IV) .....	76

11	POHDINTA.....	77
11.1	Tutkimuksen eettisyys .....	77
11.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	78
11.3	Tulosten tarkastelu.....	80
11.3.1	Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden toteutuminen ja mahdollisuudet palveluiden saatavuuden vahvistamisessa (I).....	80
11.3.2	Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuus käyntimäärillä tarkasteltuna (II).....	82
11.3.3	Palveluiden koetun saatavuuden ja vanhempien terveystarkastuksiin osallistumisen vaihtelu terveyskeskusten ja koulujen välillä (III ja IV) .....	84
11.3.4	Kouluterveydenhuollon järjestämistä kuvaavien tekijöiden yhteys palveluiden koettuun saatavuuteen ja vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin (III ja IV) .....	85
11.3.5	Nuoren taustaa, terveyttä ja hyvinvointia kuvaavien tekijöiden yhteys palveluiden koettuun saatavuuteen ja vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin (III ja IV).....	87
11.4	Kouluterveydenhuollon tulevaisuuden haasteet .....	90
11.5	Johtopäätökset ja suositukset kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden ja saatavuuden vahvistamiseksi .....	91
11.6	Jatkotutkimusaiheet .....	92
12	LÄHTEET .....	93

## *Kuvioluettelo*

*Kuvio 1. Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntimäärät ja muun ammattihenkilökunnan käynnit vuosina 1985–2006 (Stakes, 2007, s. 15)*

*Kuvio 2. Kouluterveydenhuollon käyntimäärät tuhatta 7–18-vuotiasta kohti vuosina 2011–2020 (THL, 2022b)*

## *Taulukkuuettelo*

*Taulukko 1. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksset (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004)*

*Taulukko 2. Kouluterveydenhuollon keskeinen valtakunnallinen ohjaus 2000-luvulla*

*Taulukko 3. Kouluterveydenhuollon palveluiden sisältö (Terveystoimintalaki, 2010/1326, 16§)*

*Taulukko 4. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus valtakunnallisessa ohjeistuksessa 1972–2013 (Päivitetty: Kivimäki ym., 2007b)*

*Taulukko 5. Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman ja -kertomuksen sisältösuositus kouluterveydenhuollon oppaan mukaan (STM & Stakes, 2002, s. 30–31)*

*Taulukko 6. Tutkimuksen aineistot, menetelmät, tutkimuskysymykset ja tarkastelutasot*

# LYHENTEET

OR	vetosuhte (odds ratio)
s.d.	keskihajonta (standard deviation)
Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Valvira	Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

# ALKUPERÄISJULKAISUT

- Julkaisu I Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, M. (2007). Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. *Suomen Lääkärilehti* 62(1–2), 61–67. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2007/SLL12007-61.pdf>
- Julkaisu II Kivimäki, H., Saaristo, V., Kosunen, E., Rimpelä, A., Wiss, K. & Rimpelä, M. (2007). Kouluterveydenhuollon käynnit 1994–2005 – Toteutuiko tasa-arvo terveyskeskusten välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44(4), 207–215. <https://journal.fi/sla/article/view/578>
- Julkaisu III Kivimäki, H., Saaristo, V., Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T. & Rimpelä, A. (2019). Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(1), 165–175. <https://doi.org/10.1111/scs.12617>
- Julkaisu IV Kivimäki, H., Ståhl, T., Joronen, K. & Rimpelä, A. (2021). Parents' participation in school health examinations for their adolescent children in Finland. *The Journal of School Nursing* (2021, online first), 1–11. <https://doi.org/10.1177/10598405211058841>



# 1 JOHDANTO

Kouluterveydenhuollon palveluilla on mahdollisuus tavoittaa suuri osa lapsista ja nuorista heidän arjessaan sekä edistää laajasti terveyttä, hyvinvointia ja oppimista (Arenson ym., 2019; Dunfee, 2020; Knopf ym., 2016; Leroy ym., 2017; Mason-Jones ym., 2012; Rimpelä ym., 2013; Soleimanpour ym., 2010). Tarjoamalla pääsyn terveyspalveluihin ne myös vahvistavat lasten ja nuorten yhdenvertaisten oikeuksien toteutumista (Arenson ym., 2019; Knopf ym., 2016). Tarve tuelle on todellinen: vaikka lapsia ja nuoria pidetään terveenä, useilla on eri kehitysvaiheiden, perhetilanteen tai kroonisten sairauksien tuomia haasteita hyvinvoinnille (Patton ym., 2016; Ristikari ym., 2018; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2021a). Kouluterveydenhuollon tehtävänä on myös tukea vanhempia ja huoltajia kasvatustyössä (Terveydenhuoltolaki, 2010/1326, 16§). Yhteistyö vanhempien kanssa on tärkeä osa lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (Busch ym., 2013; Kuntsche & Kuntsche, 2016; Mäenpää, 2008).

Yhdistyneiden kansakuntien lasten oikeuksien sopimuksessa jäsenvaltiot sitoutuvat takaamaan lapsille välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon sekä kehittämään ehkäisevää terveydenhuoltoa (Suomen Unicef, 2021). Kaikilla nuorilla tulee olla mahdollisuus kehitykseen ja elämäntilanteeseen sopiviin terveyttä edistäviin, ennaltaehkäiseviin ja hoitaviin terveyspalveluihin, joiden hyvä saatavuus on tärkeä osa niiden laatua (World Health Organization [WHO], 2001; 2003). Kouluterveydenhuollon palveluiden tulee olla oikeaan aikaan ja taloudellisesti saavutettavissa, sekä nuoria tulee tiedottaa palveluista ja niihin pääsystä (WHO, 2014). Terveyspalveluiden saatavuuden tulee toteutua fyysisesti ja ajallisesti niin eri lähtökohdista kuin maantieteellisestä sijainnista käsin (Levesque ym., 2013).

Kouluterveydenhuolto on kansainvälisesti yleinen tapa tuottaa lasten ja nuorten terveyspalveluita, mutta järjestämisessä on vaihtelua maiden välillä (Baltag ym., 2015; Michaud ym., 2021). Palvelut ovat useimmiten joko terveys- tai opetusministeriön tai vastaavien paikallisten viranomaisten hallinnoimia ja rahoittamia (Michaud ym., 2021). Henkilöstö voi toteuttaa palveluita koululähtöisesti, koulun tiloissa, mutta palvelut voivat sijaita myös paikallisten terveyspalveluiden yhteydessä tai olla järjestettyinä näiden kahden tavan yhdistelmänä. Ammatillaiset voivat niin ikään olla vain

kouluterveydenhuollon toimijoita, mutta myös muuta henkilökuntaa esimerkiksi perusterveydenhuollosta tai molempia näistä. (Baltag & Levi, 2013; Baltag ym., 2015; Pommier ym., 2010.)

Kouluterveydenhuollon palveluiden kohderyhmä on kansainvälisesti katsottuna laaja, 1,5 vuodesta 26 vuoteen, ja palvelu on useimmiten kohdennettu kaikille oppilaille tai tiettyyn ikäluokkaan kuuluville (Baltag ym., 2015). Palvelut voivat sisältää terveyspalvelut laajasti tai rajoitetummin (Seigart ym., 2013), ja keskeisimpiä sisältö-alueita ovat esimerkiksi tartuntataudit, rokotukset, mielenterveys, seksuaali- ja lisääntymisterveys, ravitsemus, päihteet, kasvu sekä näön, kuulon tai suun terveys ja ensiapu (Baltag ym., 2015; Michaud ym., 2021; Pommier ym., 2010). Monissa maissa huomioidaan myös kouluympäristön terveys ja hyvinvointi (Michaud ym., 2021; Pommier ym., 2010; Rimpelä ym., 2013).

Suomessa kouluterveydenhuollon historia juontaa juurensa 1800-luvun loppuun. Lakisääteinen palvelu kattaa nykyisin koko maan, ja kouluterveydenhoitajan sekä koululääkärin palveluja tarjotaan kaikille perusopetuksen oppilaille osana opiskeluhoiltoa. Tämän väitöskirjatutkimuksen tausta on 2000-luvun alussa, jolloin kouluterveydenhuollon tila alkoi herättää huolta Suomessa. Vuoden 1993 valtiosuusuu-distuksessa sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjaus muuttui: normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen siirryttäessä kouluterveydenhuollon toteuttamisen vastuu siirtyi vahvemmin kunnille, ja samanaikainen taloudellinen lama aiheutti haasteita palveluiden järjestämiselle (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006). Kouluterveydenhuoltoa ohjattiin tukiaineistolla (Terho & Vakkilainen, 1993). Lakisääteistä velvollisuutta suositusten noudattamiseen ei kuitenkaan ollut, ja vastuu palvelun kansallisesta kehittämisestä jäi epäselväksi (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006). Vuosien myötä huoli lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja palveluista kasvoi (Bardy ym., 2001; Kokko, 1993; Laakso, 1998).

2000-luvun alussa kouluterveydenhuollon informaatio-ohjaus tehostui. Valtiosuuden korotuksessa kiinnitettiin huomiota kouluterveydenhuoltoon (Valtiovarainministeriö, 2001). Kouluterveydenhuoltoa ohjattiin oppaalla (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] & Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus [Stakes], 2002) ja laatusuosituksella (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004), joissa määriteltiin tarkemmin palveluiden suunnitelmallisuutta ja saatavuutta. Samoihin aikoihin julkaistiin koululaisten terveyttä ja kouluterveydenhuoltoa koskeva konsensuslausuma (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia, 2001) ja oppikirja (Terho ym., 2000; 2002). Näistä huolimatta esiin nousi ongelmia kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa ja oikeudenmukaisuudessa sekä havaintoja alueellisista eroista (Luopa ym., 2005; Rimpelä ym., 2005; Rimpelä ym., 2007; Rimpelä, Happonen ym.,

2008; Wiss ym., 2007). Tarkempaa tietoa esimerkiksi palvelujen suunnitelmallisuuteen tai saatavuuteen yhteydessä olevista tekijöistä ei kuitenkaan juuri ollut.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (2009/380; 2011/338) säädettiin tarkoituksena varmistaa terveysneuvonnan sekä terveystarkastusten suunnitelmallisuus, yhtenäinen taso sekä yksilön ja väestön tarpeiden huomiointi kunnallisessa terveydenhuollossa. Asetuksella ohjattiin myös terveystarkastusten sisältöä, määrää ja ajankohtaa. Palveluiden järjestämistä ohjattiin lisäksi muulla lainsäädännöllä (Terveydenhuoltolaki, 2010/1326; Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287). Myönteisestä kehityksestä huolimatta on todettu edelleen puutteita ja alueellisia eroja esimerkiksi kouluterveydenhuollon henkilöstöresursseissa, laajojen terveystarkastusten toteutumisessa tai toimintaohjelmien laatimisessa (Hakulinen ym., 2018; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014; Wiss ym., 2012; Wiss ym., 2017).

Haasteita kouluterveydenhuollon palvelussa, esimerkiksi resursseissa, työmäärässä ja saatavuudessa sekä eroja alueiden välillä on havaittu 2000-luvulla myös kansainvälisesti (Baltag ym., 2015; Michaud ym., 2021; Seigart ym., 2013; WHO, 2010). Kouluterveydenhuoltoa on kehitetty ja ohjattu niin yksittäisten maiden reformien (Baltag ym., 2015; WHO, 2010) kuin kansainvälisten laatustandardien (WHO, 2014) ja suositusten (WHO & UNESCO, 2021) myötä.

Tämän väitöskirjan tavoitteena on tuottaa uutta tietoa lapsi- ja nuorisoväestöä koskevien kouluterveydenhuollon palveluiden suunnitelmallisuudesta ja saatavuudesta Suomessa 2000-luvulla – aikana, jolloin palvelun ohjaus pohjautui pitkälti suosituksiin sekä aikana, jolloin lainsäädäntö vahvistui. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen tavoitteen mukaan ”*Kouluterveydenhuolto on koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevaa suunnitelmallista palvelua, jota seurataan ja arvioidaan säännöllisesti?*” (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004). Helposti lähestyttävät, hyväksyttävät ja tarpeisiin vastaavat terveydenhuollon palvelut ovat saavutettavia ja mahdollistavat niihin pääsyn (Levesque ym., 2013). Väitöskirjassa tutkitaan pääosin valtakunnallisten aineistojen pohjalta kouluterveydenhuollon käyntimääriä, suunnitelmia ja toimintakertomuksia, koettua palveluihin pääsyä sekä vanhempien osallistumista terveystarkastuksiin.

Tutkittuja aiheita tarkastellaan valtakunnallisen normi- ja informaatio-ohjeistuksen suositusten ja velvoitteiden perusteella painottaen yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden näkökulmaa. Pohja palveluiden yhdenvertaisuudelle on perustuslaissa, jonka mukaan julkisen vallan tulee turvata perus- ja ihmisoikeudet sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä (Perustuslaki, 1999/731, 19§). Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan tilaa, jossa ihmiset eivät ole ilman hyväksyttävää

perustetta eriarvoisessa asemassa tarkasteltavan toiminnan tai tavoitteen suhteen. Yhdenvertaisesti saatavia palveluita tarjotaan riittävästi väestöryhmien tarpeisiin nähden. (THL, 2019a.)

Tämä väitöskirja koostuu neljästä osajulkaisusta sekä yhteenvedo-osasta. Yhteenvedo-osan aluksi kuvataan suomalaisen kouluterveydenhuollon historia ja kehityskulku sekä pääpiirteet palveluiden järjestämisestä. Lisäksi kuvaillaan tarkemmin kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuuden ja suunnitelmallisuuden käsitteitä ja niiden valtakunnallista ohjausta, palveluissa tehtävää yhteistyötä vanhempien kanssa sekä näihin liittyvää tutkimusta.

Aiheita tutkitaan palvelun järjestäjän eli terveyskeskuksen ja peruskoulun sekä oppilaan näkökulmasta. Tutkimuksessa käytetään pääosin valtakunnallisia rekisteri-, väestökysely- ja palveluntuottaja-aineistoja. Ensimmäisessä osajulkaisussa tutkitaan kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta ja toisessa käyntimääriä kaikkien palvelua saavien ikäryhmien osalta. Kolmannessa osajulkaisussa keskitytään perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilaiden kokemaan palveluihin pääsyyn, ja neljännessä vanhempien osallistumiseen kyseisen ikäryhmän terveystarkastuksiin. Suunnitelmallisuuden ja käyntimäärien tutkimus rajautuu aikaan ennen valtioneuvoston asetusta (2011/338) ja palveluiden koettua saatavuutta sekä vanhempien terveystarkastuksiin osallistumista koskeva tutkimus sen jälkeen.

## 2 KOULUTERVEYDENHUOLTO SUOMESSA

### 2.1 Historia ja kehitys 1800-luvulta nykypäivään

#### 2.1.1 Kouluterveydenhuollon kehittyminen 1880-luvulta 1960-luvulle

Suomalaisen kouluterveydenhuollon historia juontaa juurensa koululääkäritoiminnan kehittymiseen 1800-luvun Keski-Euroopassa, käytännössä Saksan Wiesbadenissa 1896 muotoiltuun järjestelmään. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim aloitti koululääkäreistä oppi- ja kansakouluihin tehtiin 1885, ja Lääkintöhallituksen päätirehtööri esitti tätä lausunnossaan vuonna 1903. Anomusehdotus eteni vuoden 1909 valtiopäiville, ja koululääkärijärjestelmää suunnittelemaan asetettiin komitea 1912. Koululääkärien työhön kuuluivat tuolloin oppilaiden ja koulun terveystarkastukset ja neuvonta, ja holhoojat saivat halutessaan olla mukana tarkastuksissa antamassa lapsen tai nuoren terveydentilaa koskevia tietoja. Käytännössä koululääkäreitä työskenteli jo 1880-luvulla oppikouluissa, ja 1900-luvun alussa heitä palkattiin suuriin kaupunkeihin. (Terho, 2002.)

Kouluterveydenhuolto laajentui 1920-luvulla koskemaan hoitotyötä. Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Samfundet Folkhälsan palkkasivat lääkäreiden tueksi kouluhoitajattaria, joiden toiminnan periaatteet julkaistiin vuoden 1924 johtosäännössä (Siivola, 1985, s. 38; Terho, 2002). Kouluhallituksen hyväksymä koululääkäriohjesääntö lähetettiin kuntiin vuonna 1927 (Korppi-Tommola, 1990, s. 66). Toimintaan kuuluivat muun muassa määräaikaistarkastukset, terveysneuvonta, mahdolliset jatkotutkimukset hoitoineen sekä kouluympäristön ja hygienian valvonta (Korppi-Tommola, 1990, s. 66; Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 31). Kouluhoitajattaret tekivät koulu-, koti- ja poliklinikkakäyntejä (Terho, 2002). 1930-luvulla lääkäreiden tekemät terveystarkastukset alkoivat muuttua yksilökohtaisiksi (Terho, 2002). Koululääkäritoiminta tehostui, kun Mannerheimin lastensuojeluliitto perusti kouluylilääkäri viran vuonna 1935 (Korppi-Tommola, 1990, s. 68).

1940-luvulla kouluterveydenhuollon tavoitteeksi tuli kaikkien lasten tavoittaminen ja palvelusta tehtävä kunnille, jotka saivat valtiolta sekä ohjausta että taloudellista tukea (Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 31–32; Siivola, 1985, s. 88). Toteuttamista

heikensi kuitenkin sota-aika. Vuonna 1939 säädetty laki yleisestä lääkärinhoidosta, jossa koululääkärin toimet tulivat kunnanlääkärien tehtäväksi, ellei kunnassa ollut muuta koululääkärinä, tuli voimaan 1943 (Korppi-Tommola, 1990, s. 68). Kunnallisia terveysisaria koskevan lain mukaan jokaisessa kunnassa tuli olla koulutettu terveysisä, jonka tehtäviin kuului muun muassa kouluikäisten lasten terveydenhoito, ja joille oli laadittava kunnanvaltuuston hyväksymä ja Lääkintöhallituksen vahvistama johtosääntö (Laki kunnallisista terveysisäristä, 1944/220). Kouluterveydenhuollosta kerättiin koulukohtaisia tietoja esimerkiksi käynneistä, sekä koostettiin niistä läänien ja koko maan tilastoja (Rimpelä, Kivimäki ym., 2006).

1940- ja 1950-luvulla palvelun laajenemiselle oli tarve suurten ikäluokkien myötä. Toiminnassa painottuivat sairauksien ja terveyden häiriöiden ehkäisy, seulonta ja hoito sekä rokotukset, ja yhteistyötä vanhempien kanssa tehtiin kotikäynneillä (Siivola, 1985, s. 103). 1950-luvulla kouluterveydenhuollon palvelut siirtyivät koululautakunnalta terveydenhoitolautakunnalle (Terho, 2002). Kunnat velvoitettiin huolehtimaan kansakoulujen terveydellisistä oloista ja oppilaiden terveydellisestä hoidosta, jota toteutti käytännössä koululääkäri (Laki kansakoulujen lääkärintoimesta, 1952/362). Vuoden 1957 ohjesäännössä kunnallisille terveysisärisille määritettiin sisältö toimenkuvalle, työlle ja toimintatapojen viitekehykselle (Siivola, 1985, s. 145, liite 2). Koululääkäri- ja terveysisärimintaan kuuluivat kansakoulut, yleiset ammatikoulut ja kunnalliset keskikoulut. Lääkintöhallitus, johon perustettiin neuvola- ja kouluterveydenhuollon ylilääkärin virka 1954, valvoi ohjeiden toteutumista sekä ohjasi palvelun sisältöä yhdessä kouluhallituksen kanssa. (Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 32; Terho, 2002.)

1960-luvulla tilastointi kohentui, kun lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa alettiin kirjata terveyden- ja sairaanhoidollisia tietoja ja toimenpiteitä yhtenäisiin, jatkuviin terveystietoihin (Siivola, 1985, s. 148). Kuntien eroavaisuuksia ei kuitenkaan raportoitu, koska kouluterveydenhuollon käsitettiin toteutuvan melko yhdenmukaisesti ja laadultaan tasaisesti (Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 32). Uutena toiminnassa huomioitiin ammatinvalintaan liittyvät asiat sekä ihmissuhde- ja sukupuolivalistus (Siivola, 1983, s. 155). Mannerheimin lastensuojeluliitto aloitti oppikoulujen terveydenhuollon kokeiluna (Korppi-Tommola, 1990, s. 210).

## 2.1.2 Kouluterveydenhuolto vuoden 1972 kansanterveyslaista 1990-luvun valtiosuusuudistukseen

Vuoden 1972 kansanterveyslain (1972/66, 14§) mukaan kouluterveydenhuolto oli osa kunnan kansanterveystyötä ja terveyskeskustoimintaa. Myös terveydentilan toteutamisesta varten tarpeelliset erikoistutkimukset kuuluivat palveluun. Laki siirsi kouluterveydenhuollon osaksi terveyskeskusten toimintaa: tehtäväalueiksi tulivat oppilas-kohtainen terveydenhuolto, terveyskasvatus ja koulun terveydellisten olojen valvonta (Terho, 2002). Kotikäynnit vähentyivät vastaanottotoiminnan painottamisen myötä (Varjoranta & Pietilä, 1999, s. 13). Kouluterveydenhuolto toimi kaikissa kunnan peruskouluissa, lukioissa ja yleisissä ammattikouluissa (Terho, 2002).

Kansanterveyslain myötä kouluterveydenhuollon ohjaus ja valvonta tulivat osaksi kansanterveystyön yleistä ohjausta ja valvontaa (Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 32). Kouluterveydenhuollon tehtävät, määräaikaistarkastusten ajankohdat, seulonnat sekä suositukset henkilöstön työpanoksiksi luettiin Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä, jonka mukaan kouluterveydenhuollolle tuli tehdä suunnitelma yhteistyössä kunnan kouluviranomaisten kanssa (Lääkintöhallitus, 1972). Lääkintöhallitus ja lääninhallitukset seurasivat toimintaa ohjaavien yleis- ja ohjekirjeiden noudattamista (Rimpelä ym., 2007, s. 7). Kansanterveystyön valtakunnallisissa suunnitelmissa vahvistettiin tavoitteet kouluterveydenhuollolle (Rimpelä ym., 2007, s. 7). Valtiosuuk-sien myöntäminen pohjautui vahvistetun toimintasuunnitelman mukaiseen toimintaan (Kokko, 1993). Tietoja terveystarkastuksista ja käynneistä lääkäriillä ja terveydenhoitajalla sekä erilaisista terveyden häiriöistä julkaistiin Lääkintöhallituksen SVT-sarjassa koko maan ja läänien tasolla. Lisäksi kouluterveydenhuoltoa ja koululaisten terveyttä kuvattiin Lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa ja tilastomonisteissa. (Rimpelä, Kivimäki ym., 2006.)

1980-luvulla kuntia velvoittavassa Lääkintöhallituksen (1981) yleiskirjeessä määriteltiin edelleen palvelun tehtävät, määräaikaistarkastusten ajankohdat, seulonnat sekä työpanokset. Yleiskirjeen mukaan kouluterveydenhuolto sisältyi kansanterveystyön toimintasuunnitelmaan ja toteutettiin osana koulun toimintasuunnitelmaa. Kokonaisvaltainen oppilaasta huolehtiminen koettiin tärkeäksi, ja henkilökohtaiset terveydenhuollon suunnitelmat tehtiin jokaiselle (Terho, 2002). Oppilashuoltoryhmien merkitys kasvoi, ja toiminnassa huomioitiin terveyskasvatus, mielenterveysongelmien ehkäisy sekä pitkäaikaissairaiden oppilaiden hoito (Terho, 2002). Tilastotietoa kouluterveydenhuollosta oli saatavilla vähän: toiminnasta raportoititiin lähinnä lääkäri- ja terveydenhoitajakäyntitietoja (Rimpelä, Kivimäki ym., 2006; Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 32).

1990-luvulla kouluterveydenhuollon palvelujen ohjaus muuttui. Palveluiden järjestämiseen ja hallintoon liittyvää ohjausta ja normeja poistettiin vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuosuslainsäädännön uudistamisen myötä, eli esimerkiksi ohjaus ohjekirjeillä päättyi (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006). Valtiosuosusjärjestelmä muuttui laskennallisin perustein määräytyväksi, ja kunnat saivat päättää itsenäisemmin toiminnan painopisteet sekä palveluiden, esimerkiksi kouluterveydenhuollon resurssit ja järjestämisen periaatteet (Kokko, 1993; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006). Kansanterveyslain (1972/66) perusteella kansanterveystyön, kuten kouluterveydenhuollon, yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuului sosiaali- ja terveysministeriölle, mutta kouluterveydenhuollon valtakunnallista kehittämistä tai ohjausta ei määritelty tarkemmin (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006). Asetuksella tarkennettiin kouluterveydenhuollon tehtäviä ja erikoistutkimuksia (Kansanterveysasetus, 1992/802). Kouluterveydenhuollon tukiaineiston mukaan kouluterveydenhuolto oli osa oppilashuoltoa ja koulun toimintasuunnitelmaa (Terho & Vakkilainen, 1993). Vuodesta 1993 lähtien kouluterveydenhuollosta tilastoitiin käytintietoja lääkärille ja terveydenhoitajalle (Rimpelä, Kivimäki ym., 2006).

Taloudellisen laman myötä kouluterveydenhuollon voimavaroja ja tarkastusten määrää vähennettiin useissa kunnissa, ja noin viidesosassa (17 %) lääkärin ja terveydenhoitajien osalta samanaikaisesti (Latikka ym., 1995). Stakes julkaisi kannanoton koskien lasten ja nuorten terveyspalveluiden tasoa, sisältöä ja saatavuutta (Kokko, 1993). Kuntien erot lasten ja nuorten ehkäisevien palveluiden sisällössä ja voimavaroissa kasvoivat (STM, 2008a, s. 18–19). Kouluterveydenhuollon johtavia viranhaltijoita ei ollut kaikissa kunnissa, ja toiminnan kehittäminen saattoi olla yksittäisten työntekijöiden vastuulla (STM & Stakes, 2002, s. 9). Jälkikäteen on todettu, että 1990-luvulla kouluterveydenhuollon palveluista eniten leikanneet kunnat käyttivät lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon palveluita 2000-luvun alussa vertailukuntia enemmän (Paakkonen, 2012, s. 65).

### 2.1.3 Kouluterveydenhuollon haasteet ja kehittäminen 2000-luvun alussa

Vuosituhanen vaihteessa huoli lasten ja nuorten hyvinvoinnista sekä kouluterveydenhuollon laadusta kasvoi. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausumassa kouluterveydenhuollosta tuotiin esille muun muassa keskeisiä koululaisten terveysongelmia, heidän tarvitsemaansa terveysosaimista sekä kouluterveydenhuollon tehtäviä. Myös muissa kannanotoissa, kansallisissa mietinnöissä tai strategioissa mainittiin kouluterveydenhuollon riittävien



voimavarojen varmistaminen ja lisääminen sekä palvelun vahvistaminen (Opetusministeriö, 2002; Sariola, 2000; STM, 2003a; STM, 2003b; STM, 2006; STM, 2008b).

Valtion talousarviossa lisättiin valtionosuutta kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin ja lisävoimavarat kohdennettiin hyvinvointipalveluihin, muun muassa kouluterveydenhuoltoon, sekä painotettiin esimerkiksi varhaista puutumista lasten ja nuorten ongelmiin, mielenterveyden edistämistä sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisyä kouluterveydenhuollossa (Valtiovarainministeriö, 2001; 2002). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa tai kansallisessa terveydenhuoltohankkeessa kouluterveydenhuoltoa ei mainittu (Rimpelä ym., 2005, s. 8; STM, 2001). Samoihin aikoihin Lappeenrannassa ja Turussa aloitettiin kouluterveydenhuollon tehostetut terveystarkastukset, joihin myös vanhemmat kutsuttiin mukaan (Salonen ym., 2004; Strid, 1998).

2000-luvun alussa kouluterveydenhuoltoa tuettiin myös informaatio-ohjauksen keinoin. Kouluterveydenhuollon opas laadittiin tukemaan sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman suositusten toteuttamista koskien kouluterveydenhuollon riittäviä voimavaroja ja hyvinvoinnin edistämisen huomiointia koko kouluyhteisön toiminnassa (STM & Stakes, 2002). Oppaan pohjalta laadittiin kouluterveydenhuollon laatusuositus, jonka tarkoituksena oli varmistaa palvelun toimintaedellytykset ja yhdenvertainen toteutuminen kautta maan (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004). Laatusuositus sisältää kahdeksan suositusta, jotka on esitetty taulukossa 1.

**Taulukko 1.** Kouluterveydenhuollon laatusuositukset (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004)

1. Kouluterveydenhuolto on koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevaa suunnitelmallista palvelua, jota seurataan ja arvioidaan säännöllisesti
2. Kouluterveydenhuolto toteutetaan olennaisena osana oppilashuoltoa
3. Kouluterveydenhuollon palveluista tiedotetaan säännöllisesti koululaiselle ja huoltajille sekä kouluille
4. Toimiva kouluterveydenhuolto edellyttää riittävää, pätevää ja pysyvää henkilöstöä
5. Kouluterveydenhuollon käytössä on asianmukaiset toimitilat ja välineet
6. Koululaisella on terveellinen sekä turvallinen kouluyhteisö ja -ympäristö
7. Koululaisen hyvinvointia sekä terveyttä seurataan yksilöllisten terveystarkastusten ja suunnitelmien avulla sekä luokan hyvinvointia arvioimalla
8. Koululaisen terveystietoa vahvistetaan ja terveyttä edistetään

Samaan aikaan suositukset kouluterveydenhuollon asiakirjakäytännöiksi päivitettiin tavoitteena merkintöjen systematisointi (Suomen Kuntaliitto, 2002; Tossavainen ym., 2002). Käytännön työn tueksi julkaistiin oppikirja (Terho ym., 2000; 2002). Lisäksi lääkäreille perustettiin lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon erityispätevyys (Laakso, 2002).

Kehittämisestä huolimatta kouluterveydenhuollon palveluiden seuranta ja arviointi oli 2000-luvun alussa puutteellista (Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 34). Kouluterveydenhuoltoa tutkittiin tarkemmin Suomen Akatemian terveydenhuoltotutkimusohjelman KERTTU-tutkimushankkeessa (Rimpelä & Rimpelä, 2008, s. 31), jonka osana tämän väitöskirjan kaksi ensimmäistä osajulkaisua tehtiin. Stakesin johdolla aloitettiin systemaattinen tutkimus kohdistuen valtakunnalliseen perusterveydenhuoltoon (ks. luku 3.2.). Jo 1990-luvun lopulla oli aloitettu nuorten hyvinvointia ja esimerkiksi kouluterveydenhuoltoon liittyviä kokemuksia mittaava Kouluterveyskysely (ks. luku 3.3).

Puutteet palvelussa herättivät tarpeen arvioinneille. Valtiontalouden tarkastusviraston (2006) mukaan kouluterveydenhuollon laatusuosituksen vaikutukset kunnalliseen päätöksentekoon eivät olleet toivottuja tai merkittäviä esimerkiksi palveluiden suunnittelulle, järjestämiselle tai seurannalle. Apulaisoikeuskanslerin lausunnossa todettiin, ettei kouluterveydenhuolto vastannut suosituksia, ja sekä palveluiden toteuttamisessa että saatavuudessa oli suuria eroja kuntien kesken, mikä saattoi oppilaat eriarvoiseen asemaan. Varsinkin koululääkäriin vastaanotolle pääsy oli vaikeaa, ja oppilasmäärät olivat suuria suosituksiin nähden. Apulaisoikeuskansleri esitti harkittavaksi sitovampaa kouluterveydenhuollon ohjausta. (Oikeuskanslerinvirasto, 2007.) Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksessä lasten ja nuorten elinoloihin liittyvistä tilastoista ja tietolähteistä todettiin puolestaan tarve tiedolle oppilashuollon asiakkaiden ja henkilöstön määristä (Paavola, 2008, s. 26).

## 2.1.4 Normi- ja informaatio-ohjauksen vahvistamisen aika 2000-luvulla

Havainnot informaatio-ohjauksen puutteellisuudesta johtivat kouluterveydenhuollon normiohjauksen tiukentamiseen (STM, 2009). Hallituksen esityksessä (2005/96) mainittiin mahdollisuus antaa terveyden edistämiseen liittyvistä tehtävistä tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella, mikäli oppailla ja suosituksilla ei ole toivottua tulosta. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän valmistelemaan asetusta koskien neuvolatoimintaa, kouluterveydenhuoltoa ja opiskeluterveydenhuoltoa (STM, 2008a). Kansanterveyslakiin lisättiin valtuutus säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella esimerkiksi oppilaiden terveydenseurantaan liittyvien tarkastusten sisällöstä ja määrästä (Laki kansanterveyslain muuttamisesta, 2007/626, 14§). Perusteluna tälle olivat riittämättömät lasten ja nuorten ehkäisevien palveluiden voimavarat ja sisällöt sekä kuntien väliset erot niissä (STM, 2009).

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin kansallinen seuranta ja kehittäminen tehostui neuvottelukunnan perustamisen myötä (Valtioneuvoston asetus, 2007/734). Lisäksi Kansanterveyslaitokseen perustettiin lasten ja nuorten terveyden osasto tuottamaan tutkimustietoa, antamaan valtakunnallista ohjausta ja tukemaan esimerkiksi kouluterveydenhuoltoa, ja Stakesiin oppilas- ja opiskeluhuollon ylilääkärin tehtävä (Rimpelä, Pietikäinen ym., 2008, s. 31). Samaan aikaan kouluterveydenhuolto rajattiin koskemaan perusopetuksen oppilaita eli lukiolaiset siirtyivät opiskeluterveydenhuollon toiminnan alle (Laki kansanterveyslain muuttamisesta, 2007/626, 14§).

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (2009/380) tuli voimaan 1.7.2009 alkaen ja määräaikaisia terveystarkastuksia koskeva osuus (2011/338) siirtymäajan jälkeen 1.1.2011. Asetuksen tarkoituksena oli varmistaa terveysneuvonnan ja terveystarkastusten suunnitelmallisuus, yhtenäinen taso sekä väestön tarpeiden huomiointi, ja sillä muutettiin suosituksia sitoviksi velvoitteiksi. Tarkoituksena oli puuttua alueellisiin eroihin ehkäisevissä palveluissa ja vähentää eriarvoisuutta parantamalla palveluiden yhdenmukaisuutta ja tasavertaista toteutumista, tehostaa terveyttä edistävää ja ehkäisevää työtä sekä kaventaa väestöryhmien terveyseroja (STM, 2008a). Asetuksen valmistelussa huomioitiin aikaisempi kansallinen ohjeistus, Suomen hyväksymät Yhdistyneiden Kansakuntien sopimukset eli esimerkiksi Lapsen oikeuksien yleissopimus, ja Stakesin aloite lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisten hyvinvointiarvioiden runko-ohjelmasta. Toimenpanon tueksi kuntien valtionosuuksia korotettiin vuodesta 2010 lähtien. (STM, 2009.)

Valtioneuvoston asetuksen toimeenpanoa tuettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla (Kaste), jonka yhtenä osaohjelmana oli lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden uudistaminen (STM, 2016). Lisäksi kunta- ja palvelurakennemuutoksessa (Paras) sekä Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa kehitettiin lasten ja nuorten ehkäiseviä terveyspalveluita (STM, 2009, s. 16). Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta otti toimenpideohjeistuksissaan kantaa opiskeluhuollon, mukaan lukien kouluterveydenhuollon kattavuuden, toimivuuden, johtamisen ja saatavuuden puolesta (STM, 2010). Palveluiden tasavertaisuuteen puuttui myös oikeuskansleri (Oikeuskanslerinvirasto, 2010; 2012).

Samoihin aikoihin asetuksen kanssa tuli voimaan terveydenhuoltolaki (2010/1326), joka korvasi kansanterveyslain (1972/66) ja erikoissairaanhoidon lain (1989/1062). Terveydenhuoltolain (2010/1326, 2§) tarkoituksena on muun muassa ”edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta; kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja; toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta”. Laissa määriteltiin tarkemmin

kouluterveydenhuollon tehtävät. Myös oppilashuollon ohjaus muuttui. Opetusministeriö oli asettanut vuonna 2000 työryhmän selvittämään oppilashuollon säädös-pohjaa, sen muutostarpeita ja kehittämistavoitteita (Opetusministeriö, 2002). Vuonna 2013 tuli voimaan oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (2013/1287), jonka tarkoituksena oli muun muassa turvata opiskeluhuoltopalveluiden yhdenvertainen saata-vuus ja laatu. Lainsäädännön myötä informaatio-ohjaus tehostui, ja palvelun kehittä-miseksi laadittiin 2000-luvulla runsaasti oppaita ja käsikirjoja. (Taulukko 2). Myös palvelun valtakunnallinen seuranta, tilastointi ja tutkimus alkoivat vahvistua ja laajen-tua (ks. luku 3).

**Taulukko 2.** Kouluterveydenhuollon keskeinen valtakunnallinen ohjaus 2000-luvulla

Lainsäädäntö

- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta, 2009/380; 2011/338
- Terveydenhuoltolaki, 2010/1326
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287

Informaatio-ohjaus

- Koululaisen terveystarkastus. Suositus kouluterveydenhuollon asiakirjakäytännöksi. (Suomen Kuntaliitto, 2002).
- Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. (STM & Stakes, 2002).
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus. (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004).
- Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. THL. (Hakulinen-Viitanen ym., 2012).
- Terveellinen, turvallinen ja hyvinvoiva oppilaitos. Ohjaus 7/2015. THL. (Hietanen-Peltola & Korpilahti (toim.), 2015).
- Monialainen opiskeluhuolto ja sen johtaminen. Opas 36/2015. THL. (Perälä ym., 2015).
- Oppilaitosympäristön ja yhteisön monialainen tarkastaminen. Tiedä ja toimi -kortti. (THL, 2015).
- Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: menetelmäkäsikirja. 4. uudistettu painos. Opas 14/2017. THL. (Mäki ym., 2017; aiemmat painokset vuosilta 2011, 2014 ja 2016).
- Yhteisestä työstä hyvinvointia: opiskeluhuoltoryhmä perusopetuksessa. Ohjaus 9/2018. THL. (Hietanen-Peltola ym., 2018).
- Kohtaaminen keskiössä - Lapsi- ja nuorisolähtöisyys opiskeluhuollon palveluissa. Ohjaus 2/2019. THL. (Hietanen-Peltola ym., 2019a).
- Näönseulonta kouluterveydenhuollossa. Tiedä ja toimi 5/2019. (THL, 2019b).
- Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa: Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön. Ohjaus 6/2020. THL. (Aalto-Setälä ym., 2020).
- Kirjaamisopas. Rakenteinen kirjaaminen: lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto. 6/2022. Versio 1.2 THL. (Hietanen-Peltola & Hakulinen, 2022, aiempi versio 1.1. vuodelta 2021).
- Mielenterveydenhuollon kirjaaminen neuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Tiedä ja toimi. (THL, 2021b)
- Opiskeluhuollon lomakkeita. (THL, 2021c).

## 2.2 Kouluterveydenhuollon keskeiset tehtävät ja toteutus

Kouluterveydenhuolto on kansanterveystyötä eli perusterveydenhuoltoa, jonka sisältö ja tehtävät on määritelty terveydenhuoltolaissa (2010/1326, taulukko 3). Lain mukaan kunnan tulee järjestää kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan olevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Suositusten mukaan palvelujen tulee olla saatavilla koulupäivien aikana koululta tai sen välittömästä läheisyydestä (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 23). Osana perusterveydenhuoltoa kouluterveydenhuollon palvelut ovat maksuttomia oppilaille (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 1992/734, 5§). Kouluterveydenhuollosta laaditaan kuntatasolla toimintaohjelma ja nimetään sille vastuuhenkilö (ks. luku 5) (STM, 2009, s. 22–25; Valtionneuvoston asetus 2009/380; 2011/338).

**Taulukko 3.** Kouluterveydenhuollon palveluiden sisältö (Terveydenhuoltolaki, 2010/1326, 16§)

- Kouluympäristön terveellisyys ja turvallisuuden sekä koulu yhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein
- Vuosiluokittain oppilaan kasvun ja kehityksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen
- Oppilaan vanhempien ja huoltajien kasvatustyön tukeminen
- Oppilaan suun terveydenhuolto, johon sisältyvät suun terveystarkastukset vähintään kolme kertaa ja yksilöllisen tarpeen mukaisesti
- Oppilaan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen ja tukeminen sekä pitkäaikaisesti sairaan lapsen omahoidon tukeminen yhteistyössä muiden oppilashuollon toimijoiden kanssa sekä tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen
- Oppilaan terveydentilan toteamista varten tarpeelliset erikoistutkimukset

Palvelussa työskentelevät yleisimmin terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntijana kouluterveydenhoitaja sekä lääketieteellisenä asiantuntijana koululääkäri, jotka vastaavat kouluterveydenhuollon kehittämisestä ja toteuttamisesta tehden yhteistyötä muun henkilöstön kanssa. Suositusten mukaan kokoaikaista kouluterveydenhoitajaa kohti tulee olla korkeintaan 600 oppilasta ja koululääkäriä kohden 2100 oppilasta. Henkilöstöresursseissa tulee huomioida keskeiset tehtäväalueet, eli mitoittaa työaikaa oppilaiden henkilökohtaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, terveydenhoidon ja sairaanhoidon lisäksi terveystieteelliseen, työolojen valvontaan, yhteistyöhön eri tahojen kanssa, palvelun kehittämiseen sekä täydennyskoulutukseen. (STM & Stakes, 2002, s. 31–33.) Resurssien mitoittamiseen vaikuttavat esimerkiksi paikalliset olosuhteet, kunnan koko, koulun rakenne ja koko, sijainti, yhteistyö ja työkäytännöt, psykososiaalisen työn vaativuus, erityistukea tarvitsevien oppilaiden

määrä sekä voimavarat, kuten koulupsykologin ja koulukuraattorin saatavuus (STM & Stakes, 2002, s. 32–33; STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 19).

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 16§) mukaan kouluterveydenhuolto on osa opiskeluhuollon palveluita, jota ohjaa oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (2013/1287, 3§). Sen mukaan opiskeluhuollolla ”*tarkoitetaan opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa oppilaitosyhteisössä*”. Peruskouluissa opiskeluhuolto sisältää sekä kouluterveydenhuollon palvelut että psykologi- ja kuraattoripalvelut.

Opiskeluhuoltoa toteutetaan ensisijaisesti kaikkien opiskeluhuollon toimijoiden toteuttamana yhteisöllisenä opiskeluhuoltona, jolla tarkoitetaan ”*toimintakulttuuria ja toimia, joilla koko oppilaitosyhteisössä edistetään opiskelijoiden oppimista, hyvinvointia, terveyttä, sosiaalista vastuullisuutta, vuorovaikutusta ja osallisuutta sekä opiskeluympäristön terveellisyyttä, turvallisuutta ja esteettömyyttä*” (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 4§). Vähintään kolmen vuoden välein moniammatillisesti järjestettävä terveellisyden ja turvallisuuden sekä yhteisön hyvinvoinnin tarkastus on esimerkki yhteisöllisen opiskeluhuollon toimista (Hietanen-Peltola & Korpilahti, 2015). Yksittäiselle oppilaalle annettavat kouluterveydenhuollon palvelut kuuluvat yksilökohtaiseen opiskeluhuoltoon psykologi- ja kuraattoripalveluiden sekä monialaisen yksilökohtaisen opiskeluhuollon ohella (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 5§). Yksilökohtaista opiskeluhuoltoa voidaan toteuttaa myös tapauskohtaisesti kootussa monialaisessa asiantuntijaryhmässä (Hietanen-Peltola ym., 2018, s. 9–10).

## 2.3 Määräaikaiset ja laajat terveystarkastukset sekä avoin vastaanotto

Kouluterveydenhuollossa tulee seurata ja edistää oppilaan kasvua, kehitystä, terveyttä ja hyvinvointia vuosiluokittain. Toiminnan runkona ovat määräaikaistarkastukset, jotka mahdollistavat jokaisen oppilaan ja perheen tapaamisen. Kunnan tulee järjestää kouluterveydenhuollossa sekä määräaikaisia terveystarkastuksia että yksilölliseen tarpeeseen pohjautuvia terveystarkastuksia. Määräaikaistarkastuksissa selvitetään oppilaan kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä ikävaiheen että yksilöllisen tarpeen mukaan. Lisäksi huomioidaan perheen hyvinvointi ja arvioidaan tarkastuksista poisjäävien tuen tarvetta. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 6§; Valtioneuvoston asetus, 2011/338.)

Kunnan tulee järjestää oppilaille terveystarkastukset jokaisella vuosiluokalla, ja ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla nämä ovat laajoja

terveystarkastuksia (Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 9§). Laajoihin terveystarkastuksiin kutsutaan mukaan myös vanhemmat. Tavoitteena on vahvistaa oppilaan, vanhempien ja koko perheen terveyttä, hyvinvointia ja voimavaroja, tunnistaa tuen tarpeita ja antaa tukea oikea-aikaisesti, tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä ja vähentää terveyseroja. (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, s. 14–15).

Laajaan terveystarkastukseen kuuluvat terveydenhoitajan ja lääkärin tekemän tarkastuksen lisäksi vanhempien haastattelu ja perheen hyvinvoinnin selvittäminen siten, kun se on tarpeen terveyden- ja sairaanhoidon tai tuen tarpeen arvioimiseksi, järjestämiseksi ja toteuttamiseksi. Näihin liittyen tarkastukseen voidaan sisällyttää huoltajan kirjallisella suostumuksella myös opettajan arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa. Laajoista terveystarkastuksista tehdään anonyymi yhteenvedo, jota tulee käyttää oppilashuollon yhteistyönä tehtävän luokka- ja kouluyhteisön tilan sekä lisätoimenpiteiden tarpeen arvioinnissa. (Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 7§.)

Vanhempien kutumisessa terveystarkastukseen tulee huomioida asiakaslähtöisyys ja kertoa sekä tarkastuksen sisällöstä että merkityksestä. Kutsu voidaan lähettää esimerkiksi oppilaitoksen viestintäohjelmalla, sähköpostilla, soittamalla tai antamalla kutsu oppilaan vietäväksi kotiin. (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, s. 15, 22–23.) Vanhempien kutumiseen on valmis viestipohja suomeksi ja ruotsiksi THL:n (2021c) verkkosivuilla. Yhteistyötä vanhempien kanssa on kuvattu tarkemmin luvussa 6.

Kouluterveydenhuollon tärkeänä työmuotona on lisäksi avoin vastaanotto, jolle oppilaat voivat tarvittaessa tulla esimerkiksi erilaisiin oireisiin tai mieltä vaivaaviin asioihin liittyen (STM & Stakes, 2002, s. 41). Lain mukaan kouluterveydenhoitajan työaika on järjestettävä niin, että oppilaan pääsy vastaanotolle on tarvittaessa mahdollista ilman ajanvarausta (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 17§). Käytännössä vastaanotolle voi päästä ennalta ilmoitettuina ajankohtina, kun terveydenhoitaja on koululla, tai hänet voi tavoittaa muuten esimerkiksi puhelimitse (STM, 2015).

## 2.4 Ohjaus ja valvonta

Kouluterveydenhuollon toiminnan ohjaus ja valvonta on jaettu useille tahoille. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on kouluterveydenhuollon toiminnan ohjaus ja siihen liittyvän lainsäädännön valmistelu. Lisäksi se vastaa opiskeluhuollon lainsäädännöstä yhdessä opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa. Kouluterveydenhuollon kehittämisen ja seurannasta sekä kuntien ohjauksesta vastaa Terveyden ja

hyvinvoinnin laitos. (STM, 2021.) Palvelua ohjataan normi- ja säädösohjaukseen kuuluvien lakien ja asetusten lisäksi informaatio-ohjauksella eli esimerkiksi oppailla (ks. taulukko 2).

Opiskeluhoitopalveluiden ohjaamisesta ja kehittämisestä vastaavat THL sekä Opetushallitus, jotka seuraavat palveluiden toteutumista ja vaikuttavuutta koko maan tasolla. Koulutuksen järjestäjän tulee arvioida yhteistyössä kunnan opetustoimen ja sosiaali- ja terveystoimen kanssa opiskeluhoillon toteutumista ja vaikuttavuutta. Lisäksi koulutuksen järjestäjän tulee osallistua ulkopuoliseen opiskeluhoillon arviointiin ja julkistaa keskeiset tulokset. Sen tulee myös toimittaa pyydettyä valtakunnallisessa arvioinnissa, kehittämisessä, tilastoinnissa ja seurannassa tarvittavat tiedot opetushallintoviranomaiselle sekä THL:lle. Aluehallintovirastolla on oikeus tutkia, onko koulutuksen järjestäjä järjestänyt opiskeluhoillon lain mukaan. (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 24§, 25§, 26§.)

Kouluterveydenhuollon toimintaa valvoo Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira yhdessä aluehallintovirastojen kanssa (STM, 2021). Vuosien 2012–2014 valvontaohjelmassa kiinnitettiin huomiota kouluterveydenhuollon osalta laajojen ja muiden määräaikaisten terveystarkastusten järjestämiseen, määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeiden selvittämiseen, erityisen tuen tarpeen arviointiin ja sen järjestämiseen sekä kouluympäristön terveellisyiden ja turvallisuuden tarkastamiseen. Lisäksi valvonnassa huomioitiin yhtenäisen toimintaohjelman laatiminen ja henkilöstömitoitukset. (Valvira, 2012.) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa valvontaohjelmassa vuosille 2016–2019 korostettiin ehkäisevien terveyspalveluiden omavalvonnassa esimerkiksi määräaikaisten terveystarkastusten toteutumista, niistä poisjäävien tuen tarpeen systemaattista selvittämistä ja arviointia sekä kouluterveydenhuollon avoimien vastaanottojen järjestämistä tarpeen mukaan (Valvira, 2015; 2017). Valvontaohjelmassa vuosille 2020–2023 seurataan vuosina 2021–2022 valtioneuvoston asetuksen (2011/338) mukaisten terveystarkastusten toteutumista (Valvira, 2021; 2022).



# 3 VALTAKUNNALLINEN KOULUTERVEYDENHUOLLON SEURANTA

Suomalaisesta kouluterveydenhuollosta on vuosien myötä tilastoitu erilaisia käynti-, tarkastus- ja terveystietoja (ks. luku 2.1). Nykyisin tietoja kouluterveydenhuollon palveluista tilastoidaan koko maan tasolla yhtenevillä menetelmillä. Kustannukset raportoidaan osana terveydenhuollon menoja (THL, 2021d). Lisäksi tietoa palvelusta kerätään valtakunnallisilla tiedonkeruilla.

## 3.1 Kouluterveydenhuollon tilastotiedot

Kouluterveydenhuollon palveluista tilastoitavia tietoja kerätään THL:n valtakunnalliseen perusterveydenhuollon avohoidon rekisteriin (Avohilmo), joka on osa valtakunnallista hoitoilmoitusrekisteriä (Hilmo). Avohilmo tuottaa tietoa palvelujen ja palvelujärjestelmän seurantaan, kehittämiseen, valvontaan ja tutkimukseen. (Hietanen-Peltola & Hakulinen, 2022; Mölläri & Saukkonen, 2017.) Tietoa kerätään yhteydenotoista, hoidon tarpeen arvioinnista, ajanvarauksesta ja käyntien toteutumisesta (Mölläri & Saukkonen, 2017). Tiedoista koostetaan säännöllisesti sähköisiä raportteja alueittain, palveluntuottajittain, käyntisyittäin, toimenpiteittäin ja ajankohdan mukaan (THL, 2021e). Käynti- ja rokotustietoja raportoidaan myös Sotkanetissä, joka on tilasto- ja indikaattoripalvelu liittyen keskeisiin väestön hyvinvointi- ja terveystietoihin (THL, 2021f).

Kouluterveydenhuollon tilastoitujen käyntitietojen vertailuun aiempiin vuosiin vaikuttavat muutokset tilastointitavassa. Kansanterveyslain muuttumisen myötä lukiolaisten käynnit on tilastoitu opiskeluterveydenhuollon käynneiksi 1.7.2007 lähtien eli kouluterveydenhuollon käyntien kohdejoukko muuttui. Lisäksi kouluterveydenhuollon käyntitietojen tiedonkeruu muuttui vuonna 2011, eli aiempien vuosien tiedot eivät ole vertailukelpoisia myöhempisiin tietoihin. (THL, 2021g.)

## 3.2 Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä TEAviisari

THL:n vertaistietojärjestelmä TEAviisari pohjautuu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuonna 2006 käynnistämään Terveyden edistämisen vertailutietohankkeeseen (TedBM-hanke), jonka tavoitteena oli kehittää koko maan kattava kuntien ja kunta-palveluiden terveyden edistämistä kuvaava tietojärjestelmä (Ståhl ym., 2010). Järjes-telmällä eli TEAviisarilla mitataan ja kuvataan terveydenedistämistä (TEA) perusterveydenhuollossa, perusopetuksessa, lukiokoulutuksessa, ammatillisessa kou-lutuksessa, liikunnassa, kuntajohdossa sekä kulttuurissa (TEAviisari, 2021a).

Terveydenedistämistä kuvaava TEAviisari koostuu seitsemästä ulottuvuudesta: sitoutumi-nen, johtaminen, väestön terveydentilan seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat ja osaa-minen, ohjelmat ja yhteiset käytännöt, osallisuus sekä muut terveyden edistämisen ydintoiminnot (Ståhl ym., 2010; TEAviisari, 2021a). Terveyden ja hyvinvoinnin edis-tämisen sisällyttämistä organisaation perustoimintaan seurataan tunnuslukujen avulla (Ståhl ym., 2010). Tuloksia voi tarkastella maksutta verkkopalvelussa esimerkiksi alu-eiden, oppilaitosten, koulutuksen- tai palvelunjärjestäjien mukaan (TEAviisari, 2021a).

Kouluterveydenhuollon toimintaa on mitattu sekä perusopetuksen että peruster-veydenhuollon tiedonkeruissa. Perusterveydenhuollon tiedonkeruu on tehty vuo-desta 2008 lähtien parillisten vuosien keväällä kohdennettuna terveyskeskusten joh-dolle. Tiedonkeruussa on tutkittu ehkäisevien terveyspalveluiden toimintaa ja voima-varoja, esimerkiksi kouluterveydenhoitajien ja lääkäreiden työpanoksia sekä terveysneu-vonnan, terveystarkastusten ja seulontojen järjestämistä ja toteutumista. Samalla on toteutettu valtioneuvoston asetuksen (2011/338) toimeenpanon seuranta ja valvon-taa. Kattavuus on ollut 2010-luvulla korkea, esimerkiksi vuoden 2020 tiedonkeruu-seen vastasi 90 prosenttia (N=121) terveyskeskuksista. (TEAviisari, 2021b.)

Perusopetuksen tiedonkeruu on tehty vuodesta 2007 lähtien parittomien vuosien syksyllä. Tiedonkeruu lähetetään koulujen rehtoreille, joiden toivotaan valmistelevan vastaukset yhdessä opiskeluhoitajien kanssa. Tiedonkeruulla on mitattu opis-keluhuollon toiminnan ja palveluiden lisäksi esimerkiksi terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden seuranta opetussuunnitelmassa, tapahtumien järjestämisessä tai vuo-sikertomuksessa, kouluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä kouluuyhteis-ön hyvinvoinnin edistämisen tarkastuksia, koulussa esiintyviä epäkohtia ja niihin puuttumista sekä oppilaiden ja huoltajien osallisuutta. Tuloksia on hyödynnetty esi-merkiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain (2013/1287) valmistelussa. (TEAviisari, 2021c.) Vuonna 2021 tehtyyn tiedonkeruuseen toimitti tietoja 86 prosenttia (N=1865) Manner-Suomen perusopetuksen oppilaitoksista (TEAviisari, 2022).

### 3.3 Kouluterveyskysely

THL:n Kouluterveyskysely tuottaa tietoa 10–20-vuotiaiden lasten ja nuorten hyvinvoinnista, terveydestä, koulunkäynnistä tai opiskelusta, osallisuudesta, avun saamisesta sekä palvelujen tarpeisiin vastaavuudesta. Kysely toteutetaan kokonaistutkimuksena joka toinen vuosi, ja tietoa on kerätty perusopetuksen 4. ja 5. luokkalaisilta vuodesta 2017, perusopetuksen 8. ja 9. luokkalaisilta vuodesta 1996, lukiolaisilta vuodesta 1999 ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoilta vuodesta 2008 lähtien. Ammatillisissa oppilaitoksissa kysely tehdään ammatillista perustutkintoa opiskeleville alle 21-vuotiaille. Peruskoulun 4. ja 5. luokan oppilaiden huoltajat ovat osallistuneet kyselyyn vuosina 2017 ja 2019. Kyselyyn osallistuvat lähes kaikki kunnat, ja kattavuus on esimerkiksi peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisilla ollut noin 80 prosenttia. (THL, 2019c; THL, 2021a; THL, 2021h.)

Kyselyn toteutuksessa on siirrytty vuodesta 2013 paperilomakkeista sähköisiin siten, että vuonna 2021 kysely toteutettiin kokonaan sähköisenä. Kysely toteutetaan opettajan ohjaamana nimettömänä ja vapaaehtoisena luokkakyselynä, johon vastataan itsenäisesti. Käytössä on yleiskielisen lomakkeen eri kieliversioiden (suomi, ruotsi, englanti, venäjä ja pohjoissaame) lisäksi suomen- ja ruotsinkielinen selkokielinen lomake, johon voi vastata avustajan kanssa. Vastaajan ohjeessa kerrotaan kyselyn tarkoitus ja tietojen käyttö (THL, 2021i). Oppilaitokset tiedottavat kyselystä huoltajille, joilla on oikeus kieltää alle 15-vuotiaan lapsensa osallistuminen. Kouluterveyskysely arvioidaan säännöllisesti THL:n tutkimuseettisessä työryhmässä. (THL, 2021a.)

Kouluterveyskyselyssä on selvitetty kouluterveydenhuoltoon liittyen esimerkiksi käynntejä vastaanotolla tai terveystarkastuksissa, kokemuksia terveystarkastuksista tai palveluun pääsyn helppoudesta sekä vanhempien osallistumista terveystarkastuksiin. (THL, 2021i). Oppilaitos- ja kuntakohtaiset perustulokset raportoitiin aiemmin suoraan kunnille tilauksesta (Luopa ym., 2014, s. 10, 110). Nykyisin oppilaitos- ja aluekohtaiset tulokset ovat saatavilla maksutta sähköisen tulospalvelujärjestelmän kautta. Tuloksia julkaistaan myös Sotkanetissä sekä Sosiaali- ja terveysalan tilastollisessa vuosikirjassa, Tupakkatilastossa ja Päihdetilastollisessa vuosikirjassa. Tuloksia hyödynnetään laajasti sekä valtakunnallisella että alueellisella tasolla terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, esimerkiksi opiskeluhuollon arvioinnissa ja kehittämisessä. (THL, 2021a.)

### 3.4 Kouluterveydenhuollon ja opiskeluhoollon tiedonkeruut

Kouluterveydenhuollon toimintaa on seurattu THL:n toteuttamissa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon tiedonkeruissa, jotka tuottavat tietoa neuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluiden sisällöstä, toimintaedellytyksistä sekä kehityksestä. Vuosina 2012 ja 2016–2017 tehdyissä tutkimuksissa selvitettiin miten neuvola- ja kouluterveydenhuollon palvelut vastaavat terveydenhuoltolain (2010/1326) ja valtioneuvoston asetuksen (2011/338) velvoitteita. Lisäksi tietoa tuotettiin ehkäisevien terveyspalveluiden alueellisista eroista. Tiedonkeruissa tutkittiin muun muassa palvelujen johtamista, määräaikaistarkastusten järjestämistä, tuen tarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista. Kysely kohdennettiin eri vuosina terveyskeskusten äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä kouluterveydenhuollon osastonhoitajille, vastuulääkäreille, palveluesimiehille tai vastaaville. Tiedonkeruihin osallistui 92–94 prosenttia terveyskeskuksista. (Hakulinen ym., 2018; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014.)

Neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon seuranta (NEKOS) 2021-tiedonkeruu kohdennettiin Manner-Suomessa neuvolan, kouluterveydenhuollon sekä opiskeluterveydenhuollon palveluista vastaaville henkilöille. Tiedonkeruussa arvioitiin palvelujen tilannetta ja säädösten (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, VNA 2011/338) toimeenpanon toteutumista, esimerkiksi tarpeen mukaista henkilöstömitoitusta, palvelun järjestämistä ja yhteisiä käytäntöjä. Vastauksia saatiin 88 prosentista terveyskeskuksista. (Hakulinen ym., 2021; 2022.)

Kouluterveydenhuollon palveluiden tilaa on selvitetty myös osana perusopetuksen opiskeluhoollon palvelujen OPA 2020 ja 2022 -tiedonkeruita, joissa tutkittiin miten palvelut vastaavat oppilaiden tarpeita ja lainsäädäntöä. Tiedonkeruussa selvitettiin muun muassa opiskeluhoollon palveluiden järjestämistä, työn sisältöä ja työajan jakautumista sekä opiskeluhoollon toteuttamista yhteisöllisesti ja yksilökohtaisesti. Kyselyihin on vastannut kouluterveydenhoitajia, koululääkäreitä, kuraattoreita ja psykologeja. Kokonaiskattavuus oli vuoden 2020 tiedonkeruussa 30 prosenttia ja vuoden 2022 tiedonkeruussa 37 prosenttia. (Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021; Hietanen-Peltola ym., 2022.)

## 4 KOULUTERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN YHDENVERTAINEN SAATAVUUS

### 4.1 Terveydenhuollon palveluiden saatavuuden, yhdenvertaisuuden ja eriarvoisuuden käsitteet

Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksessa valtiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta terveydestä sekä takaavat pääsyn terveyspalveluihin. Oikeus terveyteen kaikissa muodoissaan ja kaikilla tasoilla sisältää esimerkiksi terveydenhuollon ja terveyspalveluiden tilojen, hyödykkeiden ja palveluiden saatavuuden (*availability*), saavutettavuuden (*accessibility*), hyväksyttävyyden (*acceptability*) ja laadun (*quality*). Palveluiden tulee olla saatavilla turvallisesti ilman syrjintää, ja niiden tulee olla myös taloudellisesti mahdollisia kaikille, erityisesti haavoittuvimmille tai syrjäytyneille ryhmille. (Asetus taloudellisia, sosiaalisia... 1976/6; UN Committee on economic..., 2000.)

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisillä ei ole ilman hyväksyttävää perustetta eriarvoista asemaa suhteessa kuhunkin kyseessä olevaan toimintaan tai tavoitteeseen. Palveluiden yhdenvertainen saatavuus toteutuu, kun niitä on väestön eri ryhmille riittävästi ja tarpeen mukaisesti tarjolla. Tähän liittyvä palvelujen saavutettavuus puolestaan kuvaa tilannetta, jossa eri väestöryhmille turvataan pääsy terveyspalveluihin yhdenvertaisesti, ja he myös pystyvät yhdenvertaisesti niitä hyödyntämään. Saavutettavuudella on fyysinen, taloudellinen, tiedollinen, taidollinen ja asenteellinen ulottuvuus. Näihin vaikuttavat käytännössä esimerkiksi palvelujen etäisyys, tiedon saanti, palveluiden kieli, asiointikanavat, sekä luottamus ammattilaisiin, yhdenvertaisuuteen ja turvallisuuteen palveluissa sekä avun saamiseen. (THL, 2019a.)

Levesquen ym. (2013) määritelmässä on samankaltaisia ulottuvuuksia. Heidän mukaansa terveyspalveluihin pääsy (*Access*) toteutuu yksilön mahdollisuutena tunnistaa palveluiden tarve, etsiä, saavuttaa ja käyttää palveluita sekä saada niihin liittyvä tarve tyydytettyä. Saavutettavuus (*Accessibility*) kuvaa tätä mahdollistavien palvelujen luonnetta, ja se koostuu viidestä ulottuvuudesta. Palveluiden helppo lähestyttävyyys tarkoittaa, että yksilö voi tunnistaa tarpeisiinsa sopivan palvelun olevan olemassa ja tavoitettavissa, ja että sillä on vaikutusta terveyteen (*Approachability*). Tähän vaikuttavat palveluista tiedottamisen ohella esimerkiksi terveydenluketaito, tietotaso sekä

uskomukset. Pääsyä vahvistaa, että palvelu on kulttuurisesti ja sosiaalisesti hyväksyttävä, ja se vastaa erilaisten ryhmien tarpeisiin (*Acceptability*). Palveluiden tulee olla sekä fyysisesti että ajallisesti saatavilla niin eri lähtökohdista kuin maantieteellisestä sijainnistakin käsin (*Availability and accommodation*). Tärkeää pääsyn kannalta ovat myös palveluiden kohtuulliset kustannukset (*Affordability*), jotka tarkoittavat sekä välittömiä että välillisiä, kuten taloudellisia ja ajallisia kustannuksia. Saavutettavien palveluiden tulee myös olla tarkoituksenmukaisia ja vastata tarpeisiin oikea-aikaisesti (*Appropriateness*). Edellä mainittujen ulottuvuuksien kanssa ovat vuorovaikutuksessa yksilön tai väestön kyky hahmottaa ja tunnistaa palvelu (*ability to perceive*), etsiä sitä (*ability to seek*), saavuttaa se (*ability to reach*), huolehtia kustannuksista (*ability to pay*) sekä sitoutua palveluun (*ability to engage*).

Palveluiden saatavuus kytkeytyy myös oikeudenmukaisuuteen. Oikeudenmukaisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa ihmisiä kohdellaan eettisesti ja juridisesti oikein suhteessa hoidon tai palvelun tarpeeseen. Tätä voidaan arvioida esimerkiksi palvelun saamisessa ja lopputuloksissa samanlaisen (horisontaalinen oikeudenmukaisuus) tai erilaisen palvelun tarpeessa olevien väestöryhmien välillä (vertikaalinen oikeudenmukaisuus). Vastaavasti eriarvoisuudessa ihmisten välillä on epäoikeudenmukaisia tai eettisesti vääriä eroja, joita voitaisiin välttää. Eriarvoisuutta voi olla esimerkiksi palveluiden käytössä suhteessa tarpeisiin. Hyvinvointi- ja terveyseroja pyritään vähentämään edistämällä tarpeiden mukaisia palveluja. Eriarvoisuutta voidaan arvioida esimerkiksi alueiden näkökulmasta. (THL, 2019a.)

Tosiasiallisessa yhdenvertaisuudessa mahdollisimman hyvät ja tarpeisiin nähden riittävät palvelut toteutuvat kaikille erilaisista lähtökohdista riippumatta, mikä voi tarkoittaa samanlaista kohtelusta poikkeamista. (THL, 2019a.) Positiivisella erityiskohdella eli positiivisella diskriminaatiolla voidaan turvata ja edistää yhdenvertaisuutta parantaen haavoittuvassa asemassa olevien olosuhteita tai asemaa, esimerkiksi kohdentamalla koululle lisää palveluita suuremman tarpeen vuoksi (Iivonen & Laitinen, 2019; Silliman, 2017; THL, 2019a).

Yhdenvertaista saatavuutta voidaan arvioida esimerkiksi olemassa olevien palveluiden, niiden määrän ja tarpeisiin vastaavuuden perusteella. (THL, 2019a.) Saatavuuden mittareina voidaan käyttää palvelujen käyttöä tai tyydyttymätöntä palvelutarvetta, eli esimerkiksi onko palveluita saatu riittävästi (Manderbacka ym., 2012; Välskylä ym., 2020). Toisaalta palveluihin pääsyä voidaan mitata niin saatavuudella, palvelujen hyödyntämisellä kuin tuloksilla eli terveysindikaattoreilla (Gulliford ym., 2002).

Opiskelu- ja kouluterveydenhuollolla, kuten kouluterveydenhuollolla, on mahdollisuus edistää yhdenvertaisuutta sekä tasoittaa hyvinvointieroja oppilaiden välillä (Iivonen & Laitinen, 2019). Kouluterveydenhuollon palveluihin pääsyä tai niiden saatavuutta

on tutkittu kansainvälisesti useimmin School based health center -järjestelmään liittyen, ja tutkimusta universaalista kouluterveydenhuollosta on niukasti. Tässä tutkimuksessa saatavuutta tarkastellaan kouluterveydenhuollon käyntimäärien ja kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn kautta. Myös vanhempien osallistuminen terveystarkastuksiin kuvaa osaltaan palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta (ks. luku 6.2).

## 4.2 Kouluterveydenhuollon palveluiden yhdenvertainen saatavuus valtakunnallisen ohjauksen mukaan

Suomalaisen terveydenhuollon tasa-arvoisuudelle ja yhdenvertaisuudelle on lainsäädännössä vahvat perusteet. Perustuslaissa (1999/731, 6 §, 19 §, 22 §) todetaan, että julkisen vallan tulee turvata kaikille perus- ja ihmisoikeudet sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Lain mukaan *”ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella”*. Kouluterveydenhuoltoa ohjaavan terveydenhuoltolain (2010/1326, 2§) tarkoituksena on muun muassa kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä toteuttaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia *”vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan”* ja järjestää terveydenhuoltopalvelut lähellä asukkaita, ellei niiden laadun turvaaminen edellytä alueellista keskittämistä. Palveluiden sisältö ja laajuus tulee järjestää siten, kuin esimerkiksi asukkaiden hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä perusteltu tarve edellyttävät.

Kouluterveydenhuollon yhtenäisen runko-ohjelman mukaisten terveystarkastusten tavoitteena on varmistaa, että suunnitelmallinen hyvinvoinnin seuranta kohdistuu oppilaisiin tasa-arvoisesti (STM & Stakes, 2002, s. 37). Laatusuosituksessa ohjattiin voimavarojen käyttöä ja tasa-arvoista palvelujen toteutusta, ja yhtenä suosituksena on, että *”kouluterveydenhuolto on koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevaa suunnitelmallista palvelua, jota seurataan ja arvioidaan säännöllisesti”* (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 10, 12–13). Valtioneuvoston asetuksella (2011/338) varmistettiin muun muassa oppilaiden ja heidän perheidensä terveysneuvonnan ja terveystarkastusten yhtenäinen taso sekä yksilöiden ja väestön tarpeiden huomioon ottaminen. Palveluiden saatavuutta on korostettu myös oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (2013/1287, 17§), jonka mukaan kouluterveydenhoitajan työaika on järjestettävä niin, että oppilas voi päästä tarvittaessa vastaanotolle myös ilman ajanvarausta.

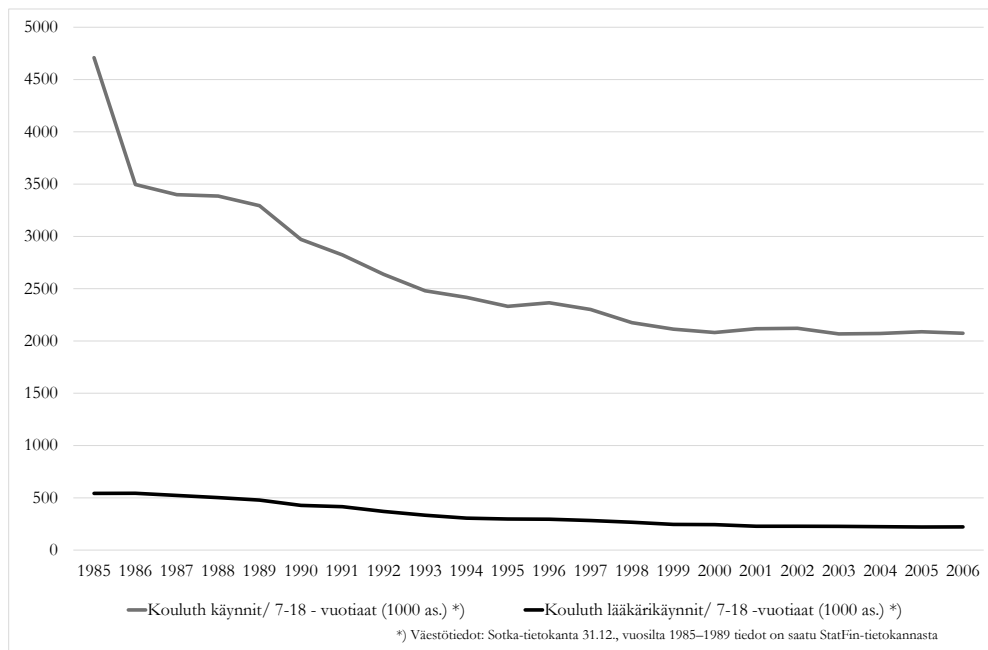
Palveluiden saatavuutta turvataan osaltaan suunnitelmallisuudella, jota on kuvattu luvussa 5.

### 4.3 Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuus Suomessa

Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuutta voidaan tarkastella koko maan tasolla esimerkiksi käyntimäärien ja koetun saatavuuden avulla. Kansallisten tilastotietojen (ks. luku 3.1) perusteella käyntimäärät alkoivat vähentyä 1980-luvun puolivälistä alkaen. Kokonaisuutena kouluterveydenhuollon väestöön suhteutetut käyntimäärät laskivat vuodesta 1985 vuoteen 2006 lääkärikäyntien osalta alle puoleen, ja muun ammattihenkilökunnan käyntien osuus väheni noin 40 prosenttia. Vuoden 1985 lukuihin saattoi kuitenkin vaikuttaa valtakunnallinen poliorokotusohjelma. Tilastoiduissa käyntimäärissä oli alueellista vaihtelua 2000-luvun alussa. (Stakes, 2007.)

Käyntimäärät vuosilta 1985–2006 on esitetty kuviossa 1. Kouluterveydenhuollon tilastoituja käyntitietoja vuosilta 1994–2005, niihin yhteydessä olevia tekijöitä sekä eroja terveystieteiden tutkimuksittain tutkittiin osajulkaisussa II (Kivimäki ym., 2007a).

**Kuvio 1.** Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntimäärät ja muun ammattihenkilökunnan käynnit vuosina 1985–2006 (Stakes, 2007, s. 15)





Kouluterveydenhuollon käyntien kohdejoukko muuttui 2007, ja tiedonkeruun muutosten vuoksi käyntitiedot eivät ole vuodesta 2011 alkaen vertailukelpoisia aiempiin (THL, 2021g). Tutkimusta valtakunnallisten kouluterveydenhuollon käyntimäärien kehityksestä ja niiden yhteydestä esimerkiksi henkilöstöresursseihin, muihin ikäryhmän perusterveydenhuollon käynteihin tai terveystieteiden keskuksista kuvaaviin tekijöihin ei ole ilmeisesti vuoden 2005 jälkeisistä tilastoista tehty.

Kouluterveydenhuollon palvelujen saatavuutta on selvitetty ammattilaisille tehdyissä kyselytutkimuksissa. Vuonna 2015 puolet (56 %) perusopetuksen kouluista seurasi oppilaan mahdollisuutta päästä terveydenhoitajan vastaanotolle ilman ajanvarausta (Opetushallitus & THL/TedBM, 2016). Kouluterveydenhuollon avoimia vastaanottoaikoja tarjosi 93 prosenttia ja puhelinaikoja 74 prosenttia terveystieteiden keskuksista vuonna 2016 (Hakulinen ym., 2018, s. 64). Saatavuutta kuvaa osaltaan myös tarpeen mukaisten lisäkäyntien järjestäminen: lukuvuonna 2019–2020 suurin osa (70 %) kouluterveydenhoitajista käytti niihin 10–29 prosenttia työajastaan, ja lisäkäyntien osuus oli suurempi perusopetuksen yläluokilla työskentelevillä. Lääkäreistä suurin osa (70 %) käytti lisäkäynteihin 1–19 prosenttia työajasta. (Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021, s. 45–46.)

Kouluterveyskyselyssä (ks. luku 3.3) on selvitetty oppilaiden ilmoittamia käyntimääriä ja kokemuksia eri ammattilaisten vastaanotolle pääsystä. Lisäksi on selvitetty tuen ja avun saantia opiskelu- ja ammatillisen koulutuksen ammattilaisilta. Suuri osa perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilaista on ilmoittanut käyneensä kouluterveydenhoitajalla ja kokeneensa pääsyn vastaanotolle helpoksi (Kivimäki ym., 2020; Luopa ym., 2014, s. 39–41). Kottelin saatavuutta koskeva kysymys on muuttunut vuosien varrella (THL, 2021i). Nuorten raportoinnissa käynneissä tai pääsystä vastaanotolle on ollut vaihtelua sekä vuosien että alueiden välillä (Luopa ym., 2005; Luopa ym., 2014; Saaristo, 2006). Tarkeempaa tietoa vastaanotolle pääsyyn yhteydessä olevista tekijöistä ei koko maan tasolla kuitenkaan ole ollut.

## 4.4 Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen yhteydessä olevat tekijät

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan terveystieteiden palveluihin pääsyä ja hyödyntämistä voivat edistää tai estää niin palveluiden järjestämiseen kuin yksilöihin liittyvät tekijät. Pääsyyn kytkeytyy fyysinen ja ajallinen saatavuus (Levesque ym., 2013), johon vaikuttaa palvelujen organisointi. Saatavuuteen voidaan vaikuttaa esimerkiksi palvelun suunnitelmallisuudella, kasvatus- ja terveystieteiden yhteistyöllä sekä koulun

terveyspolitiikkaa tukemalla. Esteenä kouluterveydenhuollon palvelujen käytölle voivat olla esimerkiksi henkilökunnan resurssien, ohjeistuksen tai koulutuksen puute. (Uhm & Choi, 2020.) Riittäväällä palvelujen tarjonnalla turvataan niiden saatavuutta. Myös resurssien kohdentamisella on havaittu olevan yhteyttä käyntimääriin: kokopäiväisellä kouluterveydenhoitajalla on ollut tutkitusti suhteessa enemmän käyntejä kuin osa-aikaisella (Telljohann ym., 2004).

Kouluterveydenhuollon järjestämisessä, esimerkiksi henkilöstöresursseissa, koulutuksessa tai rahoituksessa, on ollut puutteita 2000-luvulla kansainvälisesti ja palvelun saatavuudessa vaihtelua maiden sisällä (Baltag ym., 2015; Michaud ym., 2021; Seigart ym., 2013; WHO, 2010). Suomessa henkilöstöresursseissa on ollut vaihtelua koulujen ja terveyskeskusten välillä, ja kouluterveydenhoitajan palvelut ovat olleet lääkärin palveluita paremmin saatavilla (Korkeakoski, 2005, s. 124–127; Rimpelä ym., 2005; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006; Wiss ym., 2017). Valtioneuvoston asetuksen (2011/338) myötä henkilöstöresurssit ovat kehittyneet myönteisesti etenkin terveydenhoitajien osalta. Nykyään henkilöstömitoitussuositus toteutuu kouluterveydenhoitajan osalta 93 prosentissa ja koululääkärin osalta 19 prosentissa terveyskeskuksista (Wiss ym., 2021). Perusopetuksen kouluista 99 prosentissa on terveydenhoitajapalveluita ja 89 prosentissa lääkäripalveluita (THL & Opetushallitus, 2020).

Myös muut palvelujen järjestämiseen liittyvät tekijät voivat vaikuttaa saatavuuteen. Terveyspalveluiden helppo sijainti, kohtuulliset kustannukset käyttäjälle ja soveltuvat aukioloajat tai odotusajat tukevat niiden käyttöä (Booth ym., 2004; Tylee ym., 2007; WHO, 2012). Tätä voidaan vahvistaa myös mahdollistamalla ammattilaisten tavoittaminen sähköisten kanavien, kuten tekstiviestien tai sähköpostin kautta (Coker ym., 2010; France, 2014). Saavutettavuutta voi lisätä esimerkiksi kouluterveydenhoitajan oleskelu koulun yhteisissä tiloissa, osallistuminen koululounaille, nopea vastaaminen viesteihin ja oppilaiden tervehtiminen (Wahlström ym., 2021). Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuus kouluaikojen ulkopuolella sekä monipuolisuus ovat yhteydessä esimerkiksi vähentyneeseen ensiavun käyttöön tai sairaalassaoloon (Knopf ym., 2016).

Tärkeä osa palveluihin pääsyä ja saavutettavuutta on niiden kokeminen hyväksyttävänä (Booth ym., 2004; Levesque ym., 2013; WHO, 2012). Palveluntuottajien mahdolliset kielteiset asenteet, esimerkiksi rasismi, konservatiivisuus tai luokka-ajattelu eivät välttämättä mahdollista palveluihin pääsyä kaikille (Seigart ym., 2013).

Terveyspalveluiden saatavuuteen ja hyödyntämiseen ovat vuorovaikutuksessa myös yksilöön liittyvät tekijät, kuten kyky tunnistaa palvelun tarve ja etsiä sitä (Levesque ym., 2013). Suomessa kouluterveydenhuollon palveluista tulee tiedottaa säännöllisesti niin koululaisille kuin huoltajillekin (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004).

Palveluihin hakeutumista ja niiden käyttöä voi estää tiedon puute palveluista (Booth ym., 2004; Ijadi-Maghsoodi ym., 2018; Soleimanpour ym., 2010; Tylee ym., 2007; Uhm & Choi, 2020; WHO, 2012). Vaikutusta voi olla myös asenteilla, uskomuksilla tai käsityksellä tuen tarpeesta sekä siihen liittyvistä syistä tai taustoista (Booth ym., 2004; Gulliford ym., 2002; Karvonen ym., 2019; Soleimanpour ym., 2010). Yksityisyyden ja luottamuksellisuuden toteutuminen tukevat avun hakemista ja palveluiden hyödyntämistä (Booth ym., 2004; Coker ym., 2010; Gleeson ym., 2002; Ijadi-Maghsoodi ym., 2018; Soleimanpour ym., 2010).

Myös nuoren hyvinvointi voi olla yhteydessä palveluihin hakeutumiseen ja käyttöön. Esimerkiksi nuoren psykologiset ongelmat sekä riskikäyttäytyminen ovat yhteydessä lisääntyneeseen koulun tarjoamien mielenterveyspalveluiden käyttöön (Bains & Diallo, 2015). Suomessa nuorten raportoimaan kouluterveydenhuollon tai opiskeluhuollon palveluiden käyttöön ovat olleet yhteydessä esimerkiksi erilainen oireilu, oppimisvaikeudet, riskikäyttäytyminen tai pitkäaikaisairaudet (Patio, 2015; Saaristo, 2006; Suoniemi ym., 2021; Varuhin, 2017).

Terveyspalveluiden hyödyntämiseen voi olla vaikutusta taloudellisella tilanteella ja kyvyllä huolehtia palvelun mahdollisista kustannuksista (Levesque ym., 2013; Gulliford ym., 2002). Myös muilla taustatekijöillä on havaittu olevan yhteys kouluterveydenhuollon palveluiden käyttöön tai koettuun saatavuuteen. Esimerkiksi köyhyys tai etninen tausta voi olla yhteydessä lisääntyneeseen palvelujen käyttöön (Anyon ym., 2013; Fleming, 2011), mutta kaikissa tutkimuksissa yhteyttä etniseen taustaan ei ole havaittu (Harper ym., 2016; Parasuraman & Shi, 2015). Suomessa pääsyn kouluterveydenhoitajan tai koululääkärin vastaanotolle ovat kokeneet vaikeaksi tytöt poikia useammin (Kivimäki ym., 2020; Luopa ym., 2005; Luopa ym., 2014), samoin ulkomaalaistaustaiset muihin verrattuna (Matikka ym., 2014, s. 30). Vanhempien työttömyydellä tai alhaisella koulutuksella sekä nuoren asumisella muuten kuin ydinperheessä tai vanhemmilla vuorotellen on myös havaittu yhteys nuoren lisääntyneeseen kouluterveydenhuollon tai opiskeluhuollon palvelujen käyttöön (Saaristo, 2006; Varuhin, 2017).

Suuri osa kouluterveydenhoitajalta tukea tarvitsevista suomalaisista nuorista on kokenut saaneensa tukea ja apua hyvinvointiinsa (Kivimäki ym., 2020). Tuen ja avun puutetta ovat kokeneet esimerkiksi nuoret, joilla on toimintarajoitteita (Halme ym., 2018, s. 52; Kanste, 2019). Lisäksi näin ovat kokeneet kodin ulkopuolelle sijoitetut (Ikonen ym., 2020), ulkomailla syntyneet, eri tavoin oireilevat, väkivaltaa vanhempien taholta kokeneet, alkoholia käyttävät (Halme ym., 2018, s. 53–54), perheessä hoivavastuussa olevat (Nenonen ym., 2020) sekä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat (Jokela ym., 2020). Perusopetuksen oppilaista ja toisen asteen opiskelijoista

varsinaista tyydyttymätöntä palvelutarvetta – eli esimerkiksi ei ollut päässyt koulu- tai opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajalle ja saanut tarvitsemaansa tukea ja apua – oli noin kymmenesosalla. Nuoren kokema perheen heikko taloudellinen tilanne, ulkomaalaistausta sekä asuminen kaupunkimaisessa kunnassa olivat yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen. (Välkkilä ym., 2020.)

# 5 KOULUTERVEYDENHUOLLON SUUNNITELMALLISUUS

## 5.1 Suunnitelmallisuus valtakunnallisen ohjauksen mukaan

Suomessa kouluterveydenhuollon palveluita toteutetaan sivistystoimen, sosiaalitoimen ja terveystoimen yhteistyönä. Laadukas, korkeatasoinen palvelu edellyttää riittävien henkilöstövoimavarojen ja osaamisen lisäksi pitkäjänteistä suunnittelua (Frantsi-Lankia ym., 2021; STM, 2009). Suunnitelmallisuus mahdollistaa paitsi palvelujen yhtenäisyyden myös niiden toteutumisen seurannan ja arvioinnin (ks. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287; STM, 2009). Kunnan ja toimipisteiden lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointitiedon tulee olla pohjana niin toiminnan suunnittelulle kuin sen kohdentamiselle ja järjestämiselle (STM, 2009).

Kouluterveydenhuollon palvelujen suunnitelmallisuus on mainittu valtakunnallisessa ohjauksessa 1970-luvulta lähtien (taulukko 4). Lääkintöhallituksen (1972) ohjekirjeen mukaan kouluterveydenhuollolle tuli laatia henkilöstösuositukset huomioiva suunnitelma yhteistyössä kunnan kouluviranomaisten kanssa. Sittenmin kouluterveydenhuolto tuli sisällyttää kansanterveystyön toimintasuunnitelmaan ja toteuttaa osana koulun toimintasuunnitelmaa, ja seurantatiedot raportoida osana terveyskeskusten vuosikertomuksia ja väliajoin toistuvia määräaikaisselvityksiä (Lääkintöhallitus, 1981). Vuoden 1993 valtiosuudistuksessa edellä kuvatun kaltainen normatiivinen ohjaus päättyi (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006). Suunnitelmallisuuden ohjauksena oli tuolloin maininta kouluterveydenhuollon tukiaineistossa, jonka mukaan kouluterveydenhuolto on osa oppilashuoltoa ja koulun toimintasuunnitelmaa (Terho & Vakkilainen, 1993).

<b>Taulukko 4.</b> Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus valtakunnallisessa ohjeistuksessa 1972–2013 (Päivitetty, Kivimäki ym., 2007b)		
Lähde	Suunnitelma tai vastaava	Toimintakertomus tai vastaava
Lääkintöhallitus, 1972: Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta	Suunnitelma laaditaan yhteistyössä kunnan kouluviranomaisen kanssa, otetaan huomioon henkilöstösuositukset	Ei mainintaa toimintakertomuksesta.
Lääkintöhallitus, 1981: Ohjeet kouluterveydenhuollosta	Kouluterveydenhuolto sisältyy kansanterveystyön toimintasuunnitelmaan, toteutetaan osana koulun toimintasuunnitelmaa	Seurantatiedot sisällytetään terveyskeskuksen vuosikertomukseen ja määräaikaisselvityksiin
Terho & Vakkilainen, 1993: Kouluterveydenhuollon tukiaineisto	Kouluterveydenhuolto on osa oppilashuoltoa ja koulun toimintasuunnitelmaa	Ei mainintaa toimintakertomuksesta.
STM & Stakes, 2002: Kouluterveydenhuollon opas	Suunnitelma vahvistetaan terveys-, koulu- ja sosiaalitoimen yhteistyönä. Osa terveystoimen toimintasuunnitelmaa. Käsitellään terveys- ja koululautakunnissa, tarkastetaan vuosittain. Sisältösuositus.	Toimintakertomus esitellään opetustoimen ja kansanterveystyön lautakunnille, koulujen johtokunnille, vanhempainyhdistyksille ja oppilaskunnille. Sisältösuositus.
STM & Suomen Kuntaliitto, 2004: Kouluterveydenhuollon laatusuositus	Suunnitelma tehdään vuosittain osana kunnan sosiaali- ja terveystoimen toiminta- ja talousarviosuunnitelmaa. Käsitellään sosiaali- ja terveys- sekä sivistyslautakunnissa. Tarkastetaan vuosittain. Laatumisesta vastaa kansanterveystyöstä vastaava ylilääkäri tai terveystoimen muu esittelijä. Kouluterveydenhoitaja ja –lääkäri seuraavat toteutumista.	Toimintakertomus liitetään koulutoimen ja sosiaali- ja terveystoimen arviointiin, käsitellään myös osana koulun hyvinvointiarviota.
Valtioneuvoston asetus, 2009/380, 2011/338  STM, 2009: Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet	Yhtenäinen neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon toimintaohjelma osa kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmaa. Laaditaan yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa valtuustokausittain. Kunnan kansanterveystyöstä vastaava viranomaisen hyväksyy. Kouluterveydenhuollon osuus valmistellaan oppilas- ja opiskelijahuollon sekä opetustoimen kanssa. Liittyy kuntakohtaiseen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan. Asetuksen perusteluissa mainintoja sisällöstä.	Toimintakertomuksessa raportoidaan vuosittain toiminnan toteutumisesta ja tuloksista kunnan kansanterveystyöstä vastaaville luottamuselimille.
Lastensuojelulaki, 2007/417	Kuntakohtainen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, laaditaan yhden tai useamman kunnan yhteistyönä. Hyväksytään kunnanvaltuustossa ja tarkastetaan vähintään neljän vuoden välein. Huomioidaan kunnan talousarviossa ja -suunnitelmassa. Sisältöohjeistus.	Ei mainintaa toimintakertomuksesta.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287	Opiskeluhoito tulee kirjata lastensuojelulain mukaiseen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan, sisältöohjeistus. Koulutuksen järjestäjä vastaa oppilaitoskohtaisen opiskeluhoitosuunnitelman laatimisesta ja seuraa toteutumista. Laaditaan yhteistyössä oppilaitoksen henkilöstön, opiskelijoiden ja huoltajien kanssa. Tarkastetaan vuoden kuluessa lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman tarkastamisesta. Sisältöohjeistus.	Ei mainintaa toimintakertomuksesta.  Koulutuksen järjestäjä arvioi opiskeluhoillon toteutumista ja vaikuttavuutta yhdessä opetustoimen ja sosiaali- ja terveystoimen kanssa sekä osallistuu ulkopuoliseen arviointiin. Tulokset julkistettava.
Opetushallitus, 2014: Perusopetuksen opetussuunnitelma	Perusopetuksen oppilashuollon paikallisen toteutuksen tavoitteet ja toimintatavat kuvataan opetussuunnitelmassa. Määräykset koulukohtaisten opiskeluhoitosuunnitelmien laatimisesta.	Ei mainintaa toimintakertomuksesta.

Tarkempi ohjeistus suunnitelmallisuudelle annettiin vuoden 2002 kouluterveydenhuollon oppaassa, jonka mukaan kouluterveydenhuollon kehittämisen, toteutumisen ja arvioinnin hallinnollisen vastuun tulee olla kunnan tai terveyskeskuksen viranhaltijalla (taulukko 4). Hänen tehtävänä oli huolehtia kouluterveydenhuollolle yhteiset toimintalinjat sekä riittävät ja yhtäläiset edellytykset toimintaan kunnan eri alueilla. Oppaassa esitettiin tarkemmat toimintasuunnitelmien ja toimintakertomusten sisältösuositukset, jotka on kuvattu taulukossa 5. (STM & Stakes, 2002.)

<b>Taulukko 5.</b> Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman ja -kertomuksen sisältösuositus kouluterveydenhuollon oppaan mukaan (STM & Stakes, 2002, s. 30–31)	
Toimintasuunnitelman sisältö	Toimintakertomuksen sisältö
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kouluterveydenhuollon tehtävät ja tavoitteet kunnassa</li> <li>- kouluterveydenhuollon käytettävissä olevat voimavarat</li> <li>- yhteistyö ja sitä ohjaavat periaatteet</li> <li>- koululaisten terveyden ja koulu yhteisön hyvinvoinnin seuranta koko kunnan tasolla</li> <li>- koulu yhteisöjen työoloselvitysten suorittaminen ja raportointi</li> <li>- vastuut kouluterveydenhuollon kehittämisessä, toteuttamisessa ja arvioinnissa</li> <li>- kouluterveydenhuollon sisältö ja toteuttaminen</li> <li>- määräaikaistarkastusten, terveystapaamisten, seurantatutkimusten ja rokotusten runko-ohjelma</li> <li>- jatkotutkimusten, hoidon ja tuen järjestäminen</li> <li>- kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin työaika ja työtilat kouluittain</li> <li>- suun terveydenhoidon tavoitteet, henkilöstö, tilat ja sisältö</li> <li>- mahdollisia toiminnallisia sekä terveystavoitteita koulukohtaiselle terveyden edistämiseksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kuvataan tutkimus- ja tilastotietoihin perustuen pääkohdat koulu yhteisöjen ja erityisesti oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden kehityksestä edeltäneen vuoden aikana</li> <li>- kuvataan pääpiirteet kouluterveydenhuollon, suun terveydenhoito mukaan luettuna, toteutumisesta ja tuloksista</li> <li>- arvioidaan toteutuneen toiminnan tuloksia suhteessa kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmassa esitettyihin tavoitteisiin</li> <li>- tiivistetään johtopäätökset tästä arvioinnista seuraavien vuosien talous- ja toimintasuunnittelua varten</li> </ul>

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen tavoitteena oli muun muassa auttaa kuntatason toimintasuunnitelmien laadinnassa (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 3). Kaikki koulut kattava toimintasuunnitelma tuli valmistella terveys-, koulu- ja sosiaalitoimen yhteistyönä ja sisällyttää osaksi kuntien sosiaali- ja terveystoimen toimintaja talousarviosuunnitelmaa. Palveluiden suunnittelussa tuli huomioida alueen olosuhteet, oppilaiden ja koulujen määrä, palvelujen tarve ja muu palvelurakenne. Toimintasuunnitelman laatimisesta vastasi käytännössä kansanterveystyön vastaava ylilääkäri tai sosiaali- ja terveyslautakunnalle asiat esittelevä viranhaltija, ja kouluterveydenhoitaja sekä koululääkäri seurasivat ja arvioivat suunnitelman toteutumista. Toimintasuunnitelma tuli tarkistaa vuosittain, käsitellä sekä sosiaali- ja terveys- että sivistyslautakunnissa ja hyväksyä kunnan johtosäännön mukaisesti. Myös kouluterveydenhuollon toimintakertomus tuli laatia vuosittain osana koulutoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen arviointia. Se tuli käsitellä osana koulun hyvinvointiarviointia ja esitellä niin opetustoimen ja kansanterveystyön lautakunnille kuin koulujen johtokunnille, vanhempien yhdistyksille ja oppilaskunnille. (Taulukko 4) (STM & Stakes, 2002, s. 29–31; STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 13.)

Tämän väitöskirjan suunnitelmallisuutta käsittelevä osajulkaisu I (Kivimäki ym., 2007b) tehtiin edellä mainitun ohjeistuksen ollessa voimassa.

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden ohjaus tarkentui 2010-luvulla (taulukko 4). Kunnan yhteistyö kouluterveydenhuollon järjestämisessä vanhempien, huoltajien, oppilashuolto- ja opetushenkilöstön sekä muiden tahojen kanssa mainittiin terveydenhuoltolaissa (2010/1326, 16§). Eri hallintokuntien yhteistyönä tapahtuvan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen katsottiin edellyttävän riittävää suunnitelmallisuutta. Valtioneuvoston asetuksen (2009/380; 2011/338) mukaan kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee hyväksyä yhtenäinen neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon toimintaohjelma yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Tarkoituksena on varmistaa eri väestöryhmien tarpeet huomioivat, yhtenäiset palvelut kunnan eri osissa ja toimipisteissä. Toimintaohjelma auttaa tuottamaan vertailukelpoista tietoa esimerkiksi palveluiden kattavuudesta ja saatavuudesta. Lisäksi se auttaa asetuksen toteutumisen valvonnassa. (STM, 2009, s. 22–25; Terveydenhuoltolaki, 2010/1326; Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 4§.)

Toimintaohjelmassa mainitun toiminnan kokonaisuuden kehittämisestä, koordinoinnista ja seurannasta vastaamaan tulee nimetä terveyskeskuksessa vastuuhenkilö. Toimintaohjelma voi koostua osakokonaisuuksista, ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon osuus tulee valmistella yhdessä muun oppilas- ja opiskelijahuollon sekä opetustoimen kanssa. (STM, 2009, s. 22–23.) Toimintaohjelmassa kuvataan palvelut,



hallintokuntien välinen yhteistyö sekä yksilön ja perheen osallisuuden ja kehitysympäristöjen huomioiminen. Lisäksi kuvataan henkilöstöön, toiminnan sisältöön, työmenetelmiin, työnjakoon ja toimintamalleihin liittyviä asioita. (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, s. 98–101.) Toimintaohjelma kuuluu kunnan valtuustokausittain laadittavaan toiminta- ja taloussuunnitelmaan. Vuosittaisessa toimintakertomuksessa raportoidaan toiminnasta ja tuloksista kunnan kansanterveystyöstä vastaaville luottamuselimille. (STM, 2009, s. 22.)

Osana opiskeluhoitoa kouluterveydenhuolto ohjaavat myös lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, koulutuksen järjestäjän opetussuunnitelman osuus opiskeluhoitosta sekä oppilaitoskohtainen opiskeluhoitosuunnitelma (Opetushallitus, 2014, s. 81; STM, 2015). Lastensuojelulaissa (2007/417, 12§) määritellyllä kunnan lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmalla johdetaan palveluja ja hyvinvointityötä (Hietanen-Peltola ym., 2018, s. 11–12). Edellä mainitun yhtenäisen toimintaohjelman tulee liittyä hyvinvointisuunnitelmaan (STM, 2009, s. 22). Suunnitelmaan kirjataan opiskeluhoitollon osuus, muun muassa tavoitteet, toteuttamisen periaatteet sekä arvio käytettävissä olevista palveluista ja niiden tarpeesta. Lisäksi tulee mainita tiedot palveluiden seurannasta sekä laadunarvioinnista. (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 12§.) Suunnitelma hyväksytään kunnanvaltuustossa ja tarkastetaan vähintään neljän vuoden välein (Lastensuojelulaki, 2007/417, 12§).

Opiskeluhoitollon tavoitteet ja toteuttaminen kuvataan myös paikallisessa opetussuunnitelmassa. Käytännössä siinä määritellään yhteys edellä mainittuun lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan ja periaatteet koulujen omien opiskeluhoitosuunnitelmien laatimiseen, toimeenpanoon ja seurantaan. (Hietanen-Peltola ym., 2018, s. 12; Opetushallitus, 2014, s. 11–13, 82.) Oppilas- ja opiskelijahuoltolain (2013/1287, 13§) mukaan koulutuksen järjestäjän vastuulla on tehdä koulukohtainen opiskeluhoitosuunnitelma palvelun toteuttamista, arviointia ja kehittämistä varten sekä seurata sen toteutumista. Tämä suunnitelma tulee laatia yhteistyössä koulun henkilöstön, opiskelijoiden ja heidän huoltajiensa kanssa ja tarkastaa vuoden sisällä lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman tarkastamisesta. Suunnitelmaan kirjataan muun muassa arvio palveluiden tarpeesta ja käytettävissä olevista palveluista, toimenpiteet yhteisöllisen opiskeluhoitollon edistämiseen ja tukitoimien järjestämiseen, eri tahojen kanssa tehtävän yhteistyön järjestäminen sekä suunnitelma oppilaiden suojaamiseksi väkivallalta, kiusaamiselta ja häirinnältä. Lisäksi mainitaan omavalvonnan toimenpiteet suunnitelman toteuttamiseksi ja seuraamiseksi. Tarkemmat määräykset laatimisesta kuvataan opetussuunnitelman perusteissa (Opetushallitus, 2014, s. 82–85).

Koulutuksen järjestäjä, kunnan opetustoimi sekä sosiaali- ja terveystoimi arvioivat opiskeluhuollon toteutumista ja vaikuttavuutta sekä osallistuvat ulkopuoliseen arviointiin. Opiskeluhuollon suunnittelusta, kehittämisestä ja arvioinnista vastaa koulutuksen järjestäjän tasolla opiskeluhuollon ohjausryhmä ja oppilaitoksen tasolla oppilaitoskohtainen opiskeluhuoltoryhmä. (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287.) Toiminnan arvioinnin tueksi on julkaistu arviointisisältöjä, joissa mainitaan esimerkiksi suunnitelmallisuus (Hietanen-Peltola ym., 2018, s. 34–39).

Edellä mainittujen suunnitelmien lisäksi kouluissa voi olla muita lakisääteisiä, suositeltuja tai tarpeen mukaisia suunnitelmia, toimintamalleja ja kirjallisia käytäntöjä. Näiden saatavuus sekä sisältö, ajantasaisuus, tiedottaminen ja toiminnan toteutumisen suunnitelmien mukaisesti tulee käydä läpi koulun terveellisuuden ja turvallisuuden tarkastuksissa. (Hietanen-Peltola & Korpilahti, 2015, s. 21–23; Hietanen-Peltola ym., 2015, s. 35.) Myös terveystarkastuksista ja neuvonnasta saatuja kuntalaisten hyvinvointitietoja tulee käyttää palvelujen suunnittelussa (Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 4§).

## 5.2 Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus Suomessa

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden ohjauksen myötä sen arviointi on lisääntynyt. Varjorannan ja Pietilän (1999) mukaan kouluterveydenhuollon suunnitelma oli laadittu 1990-luvun lopulla suuressa osassa (79 %) tutkituista 14 kunnasta, ja suunnitelmissa kuvattiin palvelun tavoitteet sekä määräaikaistarkastusten ja seurantotoimien ajankohdat. Kouluterveydenhuollon suunnittelun ja kehittämisen vastuuhenkilö oli nimeämättä yhdessä kunnassa, kokonaisvastuussa oleva viranhaltija oli nimetty puolessa kunnista.

Länsi-Suomen alueen kyselyissä sekä Stakesin terveystieteiden ja peruskoulukyselyissä selvitettiin suunnitelmallisuuden yleisyyttä. Vuosituhannen vaihteessa Länsi-Suomen alueella oli vuosittainen kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma kolmasosassa (36 %) terveystieteiden keskuksista (Länsi-Suomen lääninhallitus, 2001) ja koko maan tasolla noin puolessa (45 %) perusopetuksen 7.–9. vuosiluokkien kouluista (Rimpelä ym., 2007, s. 26). Vuonna 2003 suurin osa (82 %) terveystieteiden keskuksista oli laatinut kaikissa toimipisteissä noudatettavan ja määräajoin tarkastettavan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon runkosuunnitelman (Rimpelä ym., 2007, s. 27).

Keväällä 2005 lähes kaikissa terveystieteiden keskuksissa (93 %) oli yhteinen käytäntö kouluterveydenhuollolle ja toimintasuunnitelman oli tehnyt kaksi kolmesta (66 %). Osalla toiminta sisältyi johonkin muuhun suunnitelmaan tai suunnitelma oli

valmisteilla. Suunnitelman oli uudistanut niistä edellisenä tai samana vuonna kolme neljäsosaa. Vuosittaisen toimintakertomuksen oli tehnyt vajaa puolet (42 %) terveyskeskuksista. (Rimpelä ym., 2005, s. 26.) Syksyllä 2005 kouluterveydenhuollon suunnitelma oli tarkastettu edellisenä vuonna julkaistun laatusuosituksen jälkeen joka kolmannessa terveyskeskuksessa (35 %) (Rimpelä, Wiss ym., 2006, s. 5–6).

Vuoden 2005 terveyskeskuskyselyjen ja Länsi-Suomen lääninhallituksen aineistoja analysoitiin osajulkaisussa I (Kivimäki ym., 2007b). Muita tarkentavia selvityksiä kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudesta ei valtakunnallisesti ollut tuolloin saatavilla.

Valtiontalouden tarkastusviraston (2006) mukaan kouluterveydenhuollon suunnittelu oli 2000-luvun alussa hajanaista. Tarkasteltujen kuntien kouluterveydenhuollon palveluissa ei ollut laatusuosituksen mukaisia ja vakiintuneita käytäntöjä suunnitelmallisuudessa, ja palvelujen seurannassa, arvioinnissa ja raportoinnissa oli puutteita. Koulutuksen arviointineuvoston selvityksessä havaittiin, että oppilashuollon kokonaissuunnitelma oli tehty noin puolessa perusopetuksen kouluista, ja puutteita tässä oli erityisesti pienillä, alle 50 oppilaan kouluilla (Korkeakoski, 2005, s. 121–122).

Suunnitelmallisuuden tilanne pysyi lähes ennallaan vuonna 2007, jolloin noin puolet terveyskeskuksista ilmoitti laatineensa kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman (57 %) ja toimintakertomuksen (48 %), joissa oli määriteltyä toiminnan sisältö, kustannukset, henkilöstömitoitus ja muut voimavarat. Vajaa kolmannes toimintasuunnitelmista (29 %) ja toimintakertomuksista (30 %) oli hyväksytty lautakuntatasolla. Toimintakertomuksissa raportoitiin esimerkiksi käyntimääriä, asiakasmääriä tai käyntejä eriteltyinä. Useat terveyskeskukset ilmoittivat, että lasten ja nuorten ehkäisevistä terveyspalveluista on muu suunnitelma (40 %) tai toimintakertomus (30 %). (Rimpelä ym., 2007, s. 27, 32.) Lisäksi yhteistyö suunnitelman laatimisessa esimerkiksi vanhempainyhdistysten kanssa oli puutteellista (Rimpelä, Metso ym., 2008, s. 21–23).

Suunnitelmallisuutta ohjaavan asetuksen (2009/380) voimaantulon aikaan yhteisenä toimintaohjelman oli laatinut puolet (51 %) terveyskeskuksista (Ståhl & Saario, 2011, s. 7). Valviran (2012, s. 19) valvontaohjelmassa seurattiin, että toimintaohjelma oli valmisteltu, hyväksytty ja laadittu yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Vuonna 2012 asetuksen mukaisen toimintaohjelman oli hyväksynyt suurin osa (83 %), mutta hyväksymisessä oli jonkun verran alueellista vaihtelua (Wiss ym., 2012, s. 11). Toimintaohjelmien sisällöt vaihtelivat terveyskeskuksittain: yleisimmin niissä tuotiin esille terveystarkastusten ajankohdat, tarkastusten sisällöt, laajat terveystarkastukset ja niiden järjestämisen periaatteet, perheiden kanssa tehtävä yhteistyö, erityisen tuen tunnistamisen menetelmät ja yksilöllisen terveysneuvonnan

periaatteet. Samaan aikaan suurin osa (93 %) terveyskeskuksista ilmoitti, että kunnassa oli lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma ja yli puolessa terveyskeskuksia (66 %) asetuksen mukainen toimintaohjelma oli liitetty osaksi tätä hyvinvointisuunnitelmaa. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 25–26.)

Vuosien 2011–2012 ja 2018 toimintaohjelmia arvioitiin asetukseen, terveydenhuoltolakiin sekä kirjallisuuteen pohjautuva mittarilla, joka sisälsi kouluterveydenhuollon suunnittelua ja johtamista sekä sisältöä kuvaavia indikaattoreita. Toimintaohjelmissa oli sisällöllisesti laajaa vaihtelua, ja suurempien terveyskeskusten asiakirjat arvioitiin pienempien terveyskeskusten toimintaohjelmia kattavammaksi. Noin joka kymmenes toimintaohjelma oli säännöksiin nähden riittävä sisällöltään. Parhaiten niissä tuotiin esille terveystarkastukset sekä terveysneuvonta tai yhteistyö, heikoiten voimavarat. (Frantsi-Lankia ym., 2018; 2021.) Toimintaohjelmien sisällöllinen laatu huonontui vuosien 2012 ja 2018 välillä, eikä arvioinnissa saaduilla pisteillä ollut yhteyttä kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroihin (Frantsi-Lankia ym., 2021).

Kokemuksia suunnitelmallisuudesta on kysytty myös ammattilaisilta. Kouluterveydenhuollon työntekijöillä ei välttämättä ole tietoa, onko alueella toimintaohjelmaa (Saarinen, 2020) tai heistä vain osa on osallistunut oppilaitoksen opiskeluhuollon suunnitelmien laatimiseen tai päivittämiseen (Hietanen-Peltola ym., 2019b; Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021, s. 91–92). Kansallisen koulutuksen arviointikeskuksen arvioinnin mukaan kolme neljäsosaa opiskeluhuollon ohjausryhmistä arvioi suunnitelmallisuuden tehostuneen omassa toiminnassaan oppilas- ja opiskelijahuoltolain (2013/1287) voimaantulon jälkeen. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laatimiseen osallistuminen tai riittävien opiskeluhoitopalveluiden saatavuuden turvaaminen oli pysynyt ennallaan tai heikentynyt yli puolella. Opiskeluhuollon suunnittelussa ja toteutuksessa haasteeksi koettiin esimerkiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain tulkinnanvaraisuus, lainsäädännön laajuus, vaihtuva henkilöstö ja kasvava tuen tarve. (Summanen ym., 2018, s. 38–41.)

## 6 KOULUTERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ VANHEMPIEN JA HUOLTAJIEN KANSSA

Vanhempien tai huoltajien osallistuminen lapsensa kouluterveydenhuoltoon on tärkeää niin kasvun ja kehityksen kuin vanhemmuudenkin tukemiseksi. Elinympäristö ja taustatekijät, esimerkiksi vanhempien terveydentila, koulutusaste ja taloudellinen tilanne vaikuttavat lasten hyvinvointiin ja koulumenestykseen (Elgar ym., 2015; Merikukka, 2020; Reiss, 2013; Ristikari ym., 2018; Solantaus & Paavonen, 2009; WHO, 2016). Kehitykselliset haasteet tai mahdollinen riskikäyttäytyminen aiheuttavat tarpeen tuelle erityisesti nuoruudessa (Patton ym., 2016), ja vanhempien osallisuudella voidaan vahvistaa ja tukea terveystarkastusta (Busch ym., 2013; Ford ym., 2011; Kuntsche & Kuntsche, 2016). Vanhempien osallistuessa esimerkiksi terveystarkastuksiin tai muihin tapaamisiin voidaan kuulla heidän näkemyksiään lapsensa hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä antaa tarvittavaa ohjausta ja neuvontaa (Hakulinen-Viitanen ym., 2012).

WHO:n (2014) mukaan kouluterveydenhuollon palveluiden tulee olla niin lapsille ja nuorille kuin vanhemmillekin saavutettavia, tasa-arvoisia ja hyväksyttäviä. Yhteistyötä voidaan rakentaa monin tavoin, ylläpitäen yhteyttä vanhempien kanssa ja sitouttaen heitä (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Ford ym., 2011).

### 6.1 Yhteistyö vanhempien ja huoltajien kanssa kouluterveydenhuoltoa ohjaavien lakien ja suositusten mukaan

Yhteistyö perheiden kanssa on olennainen osa suomalaista kouluterveydenhuoltoa. Palveluihin kuuluu vanhempien ja huoltajien kasvatustyön tukeminen, ja kunnan tulee kouluterveydenhuoltoa järjestäessään toimia yhteistyössä vanhempien ja huoltajien, opiskeluhoito- ja opetushenkilöstön sekä tarvittaessa muiden tahojen kanssa (Terveydenhuoltolaki, 2010/1326, 16§). Kouluterveydenhuollon palveluista tiedotetaan säännöllisesti sekä oppilaille että huoltajille (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004).

Kouluterveydenhuollon terveystarkastusten ja niihin pohjautuvan yksilöllisen terveystarkastuksen tulee muodostaa suunnitelmallinen kokonaisuus, joka mahdollistaa yksilön ja perheen osallistumisen. Oppilaan terveydentilan ja mahdollisen

jatkotutkimuksen, tuen ja hoidon tarpeen arvio tulee tehdä yhdessä oppilaan ja hänen ikävaiheensa mukaisesti huoltajien kanssa. (Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 6§.)

Keskeinen yhteistyön tapa ovat perusopetuksen ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla järjestettävät laajat terveystarkastukset, joihin vanhemmat kutsutaan mukaan (STM, 2009, s. 33–36; Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 9§). Laajat terveystarkastukset on kuvattu tarkemmin luvussa 2.3. Myös opiskeluhuoltoa toteutetaan yhteistyössä opiskelijoiden ja huoltajien kanssa, ja heillä tulee olla tieto käytettävissä olevista palveluista. Oppilaitoskohtainen opiskeluhuoltosuunnitelma tulee laatia yhteistyössä henkilöstön, oppilaiden ja heidän huoltajiensa kanssa. (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 13§.)

## 6.2 Vanhempien ja huoltajien osallistuminen kouluterveydenhuollon terveystarkastuksiin Suomessa

Huoltajien osallistumista kouluterveydenhuoltoon on seurattu laajojen terveystarkastusten (ks. luku 2.3) osalta. Laaja terveystarkastus katsotaan toteutuneeksi, jos kaikki osa-alueet, kuten vanhempien osallistuminen, toteutuvat (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, s. 77). Laajat terveystarkastukset mainittiin kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 26–29). Tuolloin niiden toteutus oli harvinaista ja tarkastusten sisältö vaihteli laajasti (Happonen ym., 2010). Laajojen terveystarkastusten toteuttamisesta säädettiin asetuksella, jonka määräaikaista terveystarkastuksia käsittelevät säännökset tulivat voimaan vuonna 2011 (Valtioneuvoston asetus, 2011/338). Tuohon aikaan molemmat vanhemmat olivat harvoin mukana kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa (Perälä ym., 2011, s. 63–65).

Valtioneuvoston asetuksen (2011/338) voimaantulon jälkeen terveyskeskuksille tehtyjen kyselytutkimusten perusteella laajojen terveystarkastusten toteutumisessa oli vaihtelua vuosiluokkien sekä alueiden välillä (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 40; Ståhl & Saaristo, 2011; Wiss ym., 2012, s. 13–14). Vuonna 2012 kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset järjestettiin 95 prosentissa terveyskeskuksia. Vähintään yksi vanhempi oli mukana arviolta 84 prosentissa ensimmäisen luokan tarkastuksista, 71 prosentissa viidennen luokan tarkastuksista ja 45 prosentissa kahdeksannen luokan tarkastuksista. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 40, 44.)

Vuonna 2015 laajat terveystarkastukset järjestettiin ensimmäisellä ja viidennellä luokalla 97 prosentissa sekä kahdeksannella luokalla 93 prosentissa terveyskeskuksia kaikille oppilaille, ja muut terveydenhoitajan määräaikaistarkastukset kattavasti 92–

99 prosentissa terveystarkastuksia (Hakulinen ym., 2018, s. 35, 56). Vuotta myöhemmin käyttilastojen perusteella terveystarkastusten toteuma oli kuitenkin heikompi (THL, 2019d). Vuonna 2018 suurin osa (88 %) terveystarkastuksista ilmoitti järjestävänsä suunnitelmien tai toimintaohjelmien mukaan kolme laajaa terveystarkastusta (Opetushallitus & THL/TedBM, 2019). Määräaikaistarkastusten ja laajojen terveystarkastusten toteutumisessa on ollut edelleen vaihtelua alueiden välillä tai ajoittain terveystarkastuksen väestömäärän mukaan (Hakulinen ym., 2018; Happonen ym., 2010; Ståhl & Saaristo, 2011; Wiss ym., 2012, s. 13–14; Wiss ym., 2014). Lisäksi vaihtelua on havaittu laajojen terveystarkastusten kestossa ja etenkin kahdeksannen luokan tarkastuksen ajankohdassa (Hietanen-Peltola ym., 2019c).

Kouluterveydenhoitajien mukaan vanhemmat osallistuvat laajoihin terveystarkastuksiin edelleen yleisimmin ensimmäisellä (vähintään yksi vanhempi aina tai usein mukana 82 %) ja viidennellä luokalla (68 %) sekä harvemmin kahdeksannella luokalla (48 %) (Hietanen-Peltola ym., 2019c). Kahdeksannen luokan laajan terveystarkastuksen toteutumisesta on kannettu huolta nuoren terveystottumusten muotoutumisen, jatko-opintoihin hakeutumisen ja syrjäytymisriskin vuoksi (Hakulinen ym., 2018, s. 106). Tarkempaa tietoa vanhempien osallistumisesta nuorten terveystarkastuksiin ei valtakunnallisesti kuitenkaan ole ollut.

### 6.3 Vanhempien ja huoltajien osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät

Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset ovat yleisiä kansainvälisesti (Michaud ym., 2021; Pommier ym., 2010; Rimpelä ym., 2013), mutta tiedossa ei ole, miten kattavasti eri maissa vanhemmat kutsutaan mukaan tai he osallistuvat niihin. Vertailun haasteena on myös palvelujärjestelmien erilaisuus (ks. johdanto). Kansainvälinen tutkimus vanhempien osallistumisesta kytkeytyy pääasiassa koulun terveysohjelmiin tai interventioihin. Viitteitä osallistumiseen liittyvistä tekijöistä on saatu pienempien lasten terveystarkastusten kautta (Gibb ym., 2019; Søndergaard ym., 2008; Wood ym., 2012).

Tutkimusten mukaan palveluiden järjestämiseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallistumiseen. Resurssipula ja aikapaineet sekä työn muut vaatimukset voivat estää osallistumista (Helitzer ym., 2011). Suomessa kymmenen prosenttia äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä kouluterveydenhuollon ammattilaisista on kokenut, että laajan terveystarkastuksen toteuttamiseen on riittävästi aikaa melko harvoin, harvoin tai ei koskaan (Hietanen-Peltola ym., 2017).

Palveluiden oikea-aikaisella ja riittävällä tiedottamisella on tutkitusti merkitystä osallistumiseen. Ennen laajojen terveystarkastusten vakiintumista vanhemmat kokivat, etteivät he tienneet riittävästi kouluterveydenhuollosta ja halusivat osallistua enemmän (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008). Yhteydenpito oli ongelmalähtöistä eli lapsen hyvinvoinnin haasteista tiedottamista, eivätkä vanhemmat välttämättä tunteet palvelua, terveydenhoitajan työnkuvaa, omaa rooliaan yhteistyössä tai sitä, mihin voisivat saada tukea (Mäenpää, 2008). Yhteydenpidon vähäisyys kouluterveydenhuollon ja perheen välillä sekä vanhempien tiedon puute palveluista voikin olla esteenä niiden käytölle (Lam ym., 2014; Silván ym., 2014; Uhm & Choi, 2020). Osallistumisen esteenä voi olla, jos kutsu tarkastukseen ei tavoita tai ole henkilökohtainen, tai tarkastuksen sisältö ja vanhemman rooli jää epäselväksi (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 46–47). Samoin epäsopeva tai liian myöhään tiedotettu tarkastuksen ajankohta voivat olla esteenä osallistumiselle (Silván ym., 2014). Vastaavia tuloksia on havaittu aihetta koskevista opinnäytetöissä (Jokinen, 2017; Nokkala, 2012; Rautava, 2013; Saarinen, 2020).

Vuonna 2013 perusopetuksen viidennen luokan oppilaiden vanhemmista suurin osa (85 %) oli saanut kutsun laajaan terveystarkastukseen kyseisen luokan aikana ja heistä kaksi kolmesta (68 %) kertoi voineensa vaikuttaa ajankohtaan. Kutsutuista kolme neljästä (73 %) osallistui tarkastukseen tai oli sopinut sen ajankohdasta. (Kanste ym., 2016, s. 71–72.) Nykyisin vanhemmat tai huoltajat kutsutaan laajoihin terveystarkastuksiin useammin ensimmäisellä (98 %) tai viidennellä (96 %) kuin kahdeksannella (85 %) luokalla (Opetushallitus & THL/TedBM, 2020). Usein kutsu tarkastukseen lähetetään oppilaan mukana, mutta myös esimerkiksi puhelimitse, postitse tai sähköisesti (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 49). Vanhempien osallistumisen alueellisten erojen on pohdittu johtuvan terveystarkastusjärjestelyistä, esimerkiksi kutsumisen ja aikojen sopimisen käytännöistä sekä aiempiin terveystarkastuksiin liittyvistä kokemuksista (Hietanen-Peltola ym., 2019c).

Myös useat vanhempiin liittyvät tekijät ovat yhteydessä osallistumiseen. Vanhempien resurssien rajallisuus, esimerkiksi taloudelliset haasteet, aikatauluongelmat tai perheen muut vaatimukset voivat vähentää osallistumista terveystarkastuksiin (Alexander ym., 2013; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 46–47; Silván ym., 2014). Ammatillaiset ovat arvioineet, että vanhempien voi olla hankala osallistua esimerkiksi työn takia, tai jos sopivia vastaanottoaikoja ei ole tarjolla (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 46–47; Hietanen-Peltola ym., 2017). Työn joustolla, esimerkiksi liukuvalla työajalla, ylityövapailta tai etätyöllä, ei kuitenkaan ollut yhteyttä laajoihin terveystarkastuksiin osallistumiseen (Halme ym., 2013, s. 70–71).



Myös taustatekijöillä on merkitystä. Halmeen ym. (2013, s. 70) mukaan vanhemmat, jotka eivät eläneet parisuhteessa tai olivat työttömiä, osallistuivat laajoihin terveystarkastuksiin hieman muita useammin. Alle kouluikäiset lapset osallistuivat harvemmin terveystarkastuksiin, jos heidän vanhempansa olivat yksinhuoltajia (Søndergaard ym., 2008) tai työttömiä, heillä oli matala koulutus, tulotaso tai he olivat alhaisen tulotason alueelta (Gibb ym., 2019; Søndergaard ym., 2008; Wood ym., 2012). Myös vanhempien sukupuolella ja iällä on merkitystä. Isät ovat osallistuneet äitejä harvemmin ja iäkkäämmät vanhemmat nuorempia harvemmin laajoihin terveystarkastuksiin (Halme ym., 2013, s. 69). Alle kouluikäisten terveystarkastuksiin ovat puolestaan osallistuneet harvemmin iältään nuorten vanhempien lapset (Gibb ym., 2019; Søndergaard ym., 2008).

Vanhempien palveluihin osallistumisen tulee olla mahdollista kulttuurisesta taustasta, terveydenlukutaidosta ja kielitaidosta huolimatta (Schyve, 2007). Kulttuuriset erot tai käsitykset voivat estää osallistumista (Alexander ym., 2013) ja lukutaidottomuus tai yhteisen kielen puuttuminen olla haasteena yhteistyölle (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 46–47; Hermansson & Lommi, 2009; Schyve, 2007). Alle kouluikäisten lasten terveystarkastuksiin ovat osallistuneet harvemmin pakolaistaustaiset (Moller ym., 2016), mutta toisaalta maahanmuuttotaustan yhteys osallistumiseen voi vaihdella lapsen iän perusteella (Søndergaard ym., 2008).

Taustatekijöiden lisäksi asenteet sekä lapsen ja vanhemman suhde vaikuttavat osallistumiseen. Kielteiset asenteet tai haluttomuus osallistua voivat vähentää osallistumista (Silván ym., 2014), ja lapsi ei välttämättä halua vanhempien olevan läsnä tarkastuksessa (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 46–47; Hietanen-Peltola ym., 2017). Osallistumiselle voi olla haasteena se, että palvelu on lasten ja nuorten saatavilla ilman vanhempien läsnäoloa (Helitzer ym., 2011).

Tutkimuksissa on saatu viitteitä myös lapsen hyvinvoinnin yhteydestä vanhempien läsnäoloon terveystarkastuksessa. Osallistumista voi vähentää, jos huoltajat saavat tietoa lapsensa terveydestä muualta ja hän voi heidän mielestään hyvin (Silván ym., 2014). Sen sijaan alle kouluikäisten lasten huono terveydentila on ollut yhteydessä osallistumattomuuteen (Gibb ym., 2019). Osallistumiseen kytkeytyy myös luottamuksellisuus terveyspalveluissa. Jos vanhempien mielestä nuori on tarpeeksi kypsä huolehtimaan asioistaan, hänen yksityisyydelleen halutaan antaa tilaa ja vanhemmat eivät välttämättä osallistu (Silván ym., 2014). Osallistumista voi estää myös, jos terveyspalveluissa ei voida keskustella riskikäyttäytymisestä, koska vanhempi ei joko tiedä siitä tai ei hyväksyisi sitä (Helitzer ym., 2011). Lisäksi vanhemmat voivat kokea lasten ongelmiin liittyvän keskustelun vaikeaksi tai kiusalliseksi (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 46–47). Suomessa laajoissa

terveystarkastuksissa mahdollisuutta nuoren luottamukselliseen keskusteluun ammattilaisen kanssa ei kuitenkaan ammattilaisten arvion mukaan aina ole (Hietanen-Peltola ym., 2019c).

## 7 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDISTA

Kouluterveydenhuolto on kansainvälisesti yleinen tapa tuottaa lasten ja nuorten terveyspalveluita. Suomessa lakisääteisiä kouluterveydenhuollon palveluita tarjotaan kaikille perusopetuksen oppilaille. Kouluterveydenhuollon yhdenvertaisen toteutumisen haasteisiin havahduttiin 2000-luvun alussa, kun vuoden 1993 valtionosuusdistuksen ja taloudellisen laman jälkeen palvelun sisällössä ja voimavaroissa todettiin kuntien välisiä eroja. Myös johtamisessa ja toiminnan kehittämisessä oli puutteita. Huoli lasten ja nuorten hyvinvoinnista sekä palveluista kasvoi, ja kouluterveydenhuoltoa sekä sen yhdenvertaista toteutumista ja suunnitelmallisuutta vahvistettiin informaatio-ohjauksella eli oppaalla ja laatusuosituksella.

Kansallisesta ohjauksesta huolimatta kouluterveydenhuollon palvelussa havaittiin kuitenkin edelleen haasteita. Esimerkiksi tilastoidut ja väestöön suhteutetut käyntimäärät olivat vähentyneet huomattavasti vuosien myötä, ja niissä oli alueellista vaihtelua. Tarkempaa tutkimustietoa muutokseen yhteydessä olevista tekijöistä ei kuitenkaan ollut. Aiemman tutkimuksen mukaan myös kouluterveydenhuollon palveluiden seuranta ja arviointi oli hajanaista, ja suunnitelmallisuudessa oli vajavaisuutta valtakunnallisista suosituksista huolimatta. Kouluterveydenhuoltoa toteutettiin monialaisena yhteistyönä, mutta kansallista tietoa suunnitelmallisuuden tasosta ja siihen yhteydessä olevista palvelunjärjestäjää kuvaavista tekijöistä ei ollut. Tarve tarkemmalle tutkimukselle lisääntyi.

Kouluterveydenhuollon palveluiden puutteet johtivat Suomessa 2010-luvulla lakimuutoksiin, joiden tavoitteena oli parantaa palveluiden yhdenmukaisuutta ja tasa-vertaista toteutumista sekä kaventaa väestöryhmien terveyseroja. Toiminnan tueksi laadittiin myös oppaita, ja valtakunnallinen seuranta ja tilastointi kehittyi. Ohjauksen vahvistumisesta ja myönteisestä kehityksestä huolimatta esimerkiksi kouluterveydenhuollon henkilöstöresursseissa, terveystarkastusten toteutumisessa, vanhempien kutsumisessa ja osallistumisessa terveystarkastuksiin sekä nuorten kokemassa pääsyssä vastaanotolle on todettu edelleen haasteita ja alueellisia eroja.

Haasteita kouluterveydenhuollon palveluissa sekä eroja alueiden välillä on havaittu 2000-luvulla myös kansainvälisesti, ja palvelun järjestämistä on tuettu laatu-standardeilla sekä ohjeistuksella. Maiden välinen vaihtelu palvelun järjestämisessä kuitenkin hankaloittaa tutkimustulosten vertailua. Tutkimusta universaalien

kouluterveydenhuollon saatavuudesta on niukasti. Kansainvälisen tutkimusten perusteella tiedetään, että sekä terveyspalveluiden järjestäminen että yksilötekijät ovat yhteydessä palveluiden hyödyntämiseen. Riittävä tarjonta, kohdentaminen, helppo sijainti, oikea-aikaisuus, tiedottaminen, soveltuvat aukioloajat sekä ammattilaisten tavoittaminen eri tavoin tukevat palveluiden saatavuutta ja käyttöä. Tätä vahvistaa myös niiden kokeminen kulttuurisesti ja sosiaalisesti hyväksyttävänä sekä luottamuksellisina. Terveyspalveluiden hyödyntämiseen voi olla vaikutusta myös yksilön taloudellisella tilanteella ja kyvyllä huolehtia mahdollisista kustannuksista. Myös asenteet tai käsitykset tuen tarpeesta ja hyvinvoinnin tilasta vaikuttavat palveluiden hyödyntämiseen.

Tarkempaa tietoa nuorten kokemaan vastaanotolle pääsyyn tai vanhempien terveystarkastukseen osallistumiseen yhteydessä olevista yksilöä tai palvelun järjestämisestä kuvaavista tekijöistä ei kuitenkaan juuri ole. Samoin puuttuu tutkimustietoa terveyskeskusten tai koulujen välisistä eroista tähän liittyen. Kansallisen tutkimuksen perusteella on havaittu, että esimerkiksi tytöt ja ulkomaalaistaustaiset ovat kokeneet muita useammin pääsyn kouluterveydenhuollon vastaanotolle vaikeaksi. Aiemman tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin ovat osallistuneet harvemmin iäkkäät vanhemmat tai isät. Toisaalta vanhemmat, jotka eivät olleet parisuhteessa tai olivat työttömiä, ovat osallistuneet useammin.

Kouluterveydenhuollon palveluilla on mahdollisuus tavoittaa kattavasti maamme lapset ja nuoret sekä tukea heidän hyvinvointiaan, terveyttään ja vanhempien tekemää kasvatustyötä. Palveluiden saatavuudesta ja suunnitelmallisuudesta tarvitaan laajempaa käsitystä yhdenvertaisuuden vahvistamiseksi.

## 8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena on tutkia suomalaisen kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta ja palveluiden saatavuutta painottaen tasa-arvoisuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmaa.

Tarkemmin tutkitaan kouluterveydenhuollon käyntejä, suunnitelmia ja toimintakertomuksia, nuorten kokemaa palveluun pääsyä ja vanhempien osallistumista terveystarkastuksiin. Aihetta tarkastellaan palvelun järjestäjien eli terveyskeskuksen ja koulun sekä yksilön eli oppilaan näkökulmasta käyttäen pääosin valtakunnallisia aineistoja ja tilastollisia menetelmiä (ks. luku 9). Ilmiöitä tutkitaan koko maan sekä terveyskeskusten ja koulujen tasolla, ja selvitetään yhteyttä terveyskeskusta, kouluterveydenhuollon järjestämistä ja yksilön taustaa tai hyvinvointia kuvaaviin tekijöihin. Tutkimus on tehty neljänä osajulkaisuna, joiden tavoitteina on ollut selvittää:

- Kouluterveydenhuollon suunnitelman ja kertomuksen laatimisen yleisyyttä, sisältöä sekä vaihtelua terveyskeskusten välillä 2005, suunnitelmallisuuden yhteyttä terveyskeskuksen rakennetta ja toimintaa kuvaaviin tekijöihin, sekä suunnitelmallisuuden kehitystä Länsi-Suomen läänissä 1998–2005 (Osajulkaisu I)
- Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien sekä muilla ammattihenkilöillä käyntien määrien muutosta 1994–2004, terveyskeskusten välisiä eroja niissä sekä yhteyttä terveyskeskuksen vastaanottokäyntien, lastenneuvolakäyntien ja yksityislääkärikäyntien muutokseen (Osajulkaisu II)
- Perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilaiden kokemaa pääsyä kouluterveydenhoitajan vastaanotolle, terveyskeskusten ja koulujen välisiä eroja sekä yhteyttä nuorten terveystarpeeseen ja kouluterveydenhoitajaresursseihin vuonna 2013 (Osajulkaisu III)
- Vanhempien osallistumista kouluterveydenhuollon terveystarkastuksiin perusopetuksen 7.-9. luokkien aikana, terveyskeskusten ja koulujen välisiä eroja, yhteyttä nuorten taustatekijöihin, hyvinvointiin ja terveyteen sekä kouluterveydenhuollon järjestämiseen vuonna 2017 (Osajulkaisu IV)

# 9 AINEISTO JA MENETELMÄT

## 9.1 Keskeiset tutkimusaineistot

Tutkimuksessa on käytetty pääosin koko maan kattavia tilasto- ja kyselyaineistoja, jotka edustavat retrospektiivistä otetta. Lisäksi laadullisena aineistona on käytetty terveyskeskusten laatimia kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmia ja -kertomuksia. (Taulukko 6.)

### 9.1.1 Terveyskeskuskyselyt (I)

Osajulkaisussa I tutkittiin kouluterveydenhuollon suunnitelman ja kertomuksen laatimisen yleisyyttä ja sisältöä sekä vaihtelua niissä terveyskeskusten välillä. Tutkimuksen aineisto pohjautui neljään terveyskeskuskyselyyn sekä terveyskeskuksilta kerättyihin kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmiin ja kertomuksiin.

Kevään 2005 terveyskeskuskyselyssä Stakes ja Opetushallitus selvittivät muun muassa kouluterveydenhuollon oppaan ja laatusuosituksen hyödyntämistä sekä suunnitelmallisuutta (Rimpelä ym., 2005). Yhdistettynä posti- ja nettikyselynä huhtikuussa toteutettu tiedonkeruu osoitettiin ensin johtavalle hoitajalle ja uusintakysely vastaaville lääkäreille. Kyselyyn vastasi 76 prosenttia (N=201) 263 terveyskeskuksesta, jotka toimivat vuoden 2004 lopussa.

Syksyn 2005 terveyskeskuskyselyssä Stakes selvitti terveyden edistämisen nykytilaa ja haasteita kehittämiseksi kunnan kansanterveystyössä (Rimpelä, Saaristo ym., 2006; Rimpelä, Wiss ym., 2006). Tiedonkeruu toteutettiin loka-joulukuussa yhdistettynä posti- ja nettikyselynä osoitettuna kuntien kansanterveystyön tai terveyskeskusten johtajalle tai johtavalle ylilääkärille. Kyselyyn vastasi 87 prosenttia (N=224) vuoden 2005 keväällä toimineista 258 terveyskeskuksesta. Keskeiset kouluterveydenhuollon tiedot lähetettiin tarkastettavaksi kaikille, myös vastaamattomille terveyskeskuksille. Tarkastusten ja täydennysten jälkeen kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta koskevat tiedot saatiin yhteensä 227 terveyskeskuksesta (88 %).

**Taulukko 6.** Tutkimuksen aineistot, menetelmät, tutkimuskysymykset ja tarkastelutasot

	Osajulkaisu I	Osajulkaisu II	Osajulkaisu III	Osajulkaisu IV
Aineisto	Kouluterveydenhuollon suunnitelmat ja toimintakertomukset 2005 koko maa; 1998, 2000 ja 2005 Länsi-Suomen lääni Oppilashuoltokysely Länsi-Suomessa 1998, 2000 Terveyskeskuskysely 2005 kevät, Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä 2005 syksy	Kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit sekä muut käynnit 1994–2005 7–18-vuotiaiden väestömäärät kunnittain 1994–2005	Kouluterveyskysely 2013  TEAvisari, perusopetuksen tiedonkeruu 2013	Kouluterveyskysely 2017  TEAvisari, perusopetuksen tiedonkeruu 2017
Menetelmät	Kuvaileva analyysi Luokittelu Ristiintaulukointi ja $\chi^2$ -riippumattomuustesti	Ristiintaulukointi Korrelaatioanalyysi Regressioanalyysi Gini-kerroin	Kuvaileva analyysi Ristiintaulukointi ja $\chi^2$ -riippumattomuustesti Logistinen regressio ja monitasoanalyysi	Kuvaileva analyysi Ristiintaulukointi ja $\chi^2$ -riippumattomuustesti Logistinen regressio ja monitasoanalyysi
Tutkimuskysymykset	Suunnitelmien ja kertomusten laatimisen yleisyys ja sisältö Vaihtelu terveyskeskusten välillä ja yhteys terveyskeskusta kuvaaviin tekijöihin Kehitys Länsi-Suomen läänissä 1998–2005	Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien sekä muilla ammattihenkilöillä käyntien määrien muutos 1994–2004 Terveyskeskusten väliset erot Yhteys terveyskeskuksen vastaanotto- ja lastenneuvolakäyntien sekä yksityislääkärikäyntien muutokseen	Perusopetuksen 8. ja 9. luokkalaisten kokemukset kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyt helppeudesta Terveyskeskusten ja koulujen väliset erot Yhteys nuorten terveystarpeeseen ja kouluterveydenhoitajaresursseihin	Vanhempien osallistuminen terveystarkastuksiin perusopetuksen 7.–9. luokkien aikana Terveyskeskusten ja koulujen väliset erot Yhteys nuorten taustatekijöihin, hyvinvointiin ja terveyteen ja kouluterveydenhuollon järjestämiseen
Tarkastelutaso	Koko maa tai alue Terveyskeskus	Koko maa Terveyskeskus	Koko maa Terveyskeskus Koulu Yksilö eli oppilas	Koko maa Terveyskeskus Koulu Yksilö eli oppilas

Osajulkaisun I aineistona käytettiin lisäksi Länsi-Suomen lääninhallituksen (2001) vuosina 1998 ja 2000 kaikille alueensa terveyskeskuksille tekemiä oppilashuoltokyselyitä. Nämä postikyselyillä saadut ja puhelinhaastatteluilta täydennetyt kouluterveydenhuoltoa koskevat tiedot vuosilta 1998 (N=110) ja 2000 (N=105) yhdistettiin kevään 2005 terveyskeskuskyselyn aineistoon, jolloin saatiin vertailukelpoisia tietoja yhteensä 73 terveyskeskuksesta.

### 9.1.2 Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmat ja kertomukset (I)

Osajulkaisussa I analysoitu kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma- ja kertomusaineisto pohjautui sekä kevään 2005 terveyskeskuskyselyyn (Rimpelä ym., 2005) että Länsi-Suomen lääninhallituksen vuosina 1998 ja 2000 keräämään aineistoon.

Kevään 2005 terveyskeskuskyselyn jälkeen kopiot toimintasuunnitelmista ja -kertomuksista pyydettiin niiltä terveyskeskuksilta (n = 66), jotka tuolloin ilmoittivat joko uudistaneensa tai tehneensä ne vuonna 2004 tai 2005. Yhteensä 43 terveyskeskusta lähetti toimintasuunnitelman (65 % niistä, joilta asiakirjat pyydettiin) ja 27 kertomuksen (41 %) sekä 26 molemmat (39 %). Terveyskeskuksista kymmenen ilmoitti alkuperäisestä kyselyvastauksesta poiketen, ettei heillä ollut kyseistä asiakirjaa.

Länsi-Suomen lääninhallituksen (2001) kyselyssä vuosina 1998 ja 2000 alueen terveyskeskuksia pyydettiin lähettämään kopio kouluterveydenhuollon suunnitelmasta ja kertomuksesta. Suunnitelma saatiin vuonna 1998 yhteensä 36 terveyskeskuksesta (75 % sen laatineista) ja vuonna 2000 yhteensä 20 terveyskeskusta (56 %). Toimintakertomuksia saatiin 16 (53 %) ja 17 (63 %) terveyskeskukselta. Vuoden 2005 osalta Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksista 18 lähetti suunnitelman (69 % niistä, joilta asiakirja pyydettiin) ja 12 kertomuksen (46 %).

### 9.1.3 Kouluterveydenhuollon käyntimäärät (II)

Osajulkaisussa II käytettiin Stakesin Sotka-tietokannasta (nykyinen Sotkanet.fi) saatua tilastoaineistoa, joka sisälsi vuosien 1994–2005 kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien sekä muiden käyntien lukumäärät. Käynnit käsittivät kaikki tilastoidut määraaikais- ja vastaanottokäynnit kunnittain. Tarkastelu rajattiin alkamaan vuodesta 1994 tietojen vertailukelpoisuuden vuoksi.

Tutkimusyksikköinä olivat vuoden 2006 terveyskeskukset. Satunnaisvaihtelun vähentämiseksi yhdistettiin sairaanhoitopiireittäin ne terveyskeskukset, joissa oli 7–18-vuotiaita alle 500 vuonna 2003 tai 2004. Tämän jälkeen lisäksi 27 pienestä



terveyskeskuksesta, joiden kouluikäinen väestö oli edelleen alle 500, koostettiin yhdeksän terveyskeskuskokonaisuutta. Aineistosta poistettiin kaksi terveyskeskusta puutteellisten tietojen vuoksi. Lopullisessa aineistossa tutkimusyksiköitä eli terveyskeskuksia oli 227.

#### 9.1.4 TEAviisarin perusopetuksen tiedonkeruut (III, IV)

Osajulkaisuissa III ja IV käytettiin THL:n ja Opetushallituksen toteuttamia kuntien terveydenedistämistä aktiivisuutta kuvaavia tiedonkeruita. Tarkempi kuvaus tiedonkeruista on luvussa 3.2.

Osajulkaisussa III käytettiin TEAviisarin Perusopetuksen tiedonkeruu 2013 –aineistoa yhdistettynä Kouluterveyskyselyyn (ks. 3.3). Alun perin syksyllä 2013 toteutettuun tiedonkeruuseen vastasivat peruskoulujen rehtorit yhdessä koulun oppilashuoltotiimin kanssa. Yhteensä tiedot toimitettiin 74 prosentista (N=2734) koko maan peruskouluista. Tutkimuksessa käytettiin tietoa kouluterveydenhoitajan henkilöstövoimavarasta perusopetuksen 1.–9. tai 7.–9. luokkien opetusta antavista oppilaitoksista, joista vastasi 80 prosenttia (N=691). (Opetushallitus & THL/TedBM, 2014.)

Osajulkaisussa IV käytettiin TEAviisarin Perusopetuksen tiedonkeruu 2017 –aineistoa yhdistettynä Kouluterveyskyselyyn (ks. 3.3). Syksyllä 2017 toteutettuun tiedonkeruuseen vastasivat peruskoulujen rehtorit yhteistyössä koulun oppilashuoltotiimin kanssa ja tiedot saatiin alun perin 88 prosentista peruskouluista (N=2366). Vuosiluokkien 1.–9. tai 7.–9. opetusta antavista oppilaitoksista vastasi 91 prosenttia (N=735). (Opetushallitus & THL/TedBM, 2018.) Tutkimuksessa käytettiin tietoa näiden oppilaitosten kouluterveydenhoitajan henkilöstövoimavarasta sekä vanhempien kutsumisesta kahdeksannen luokan laajaan terveystarkastukseen.

#### 9.1.5 Kouluterveyskysely (III, IV)

THL:n Kouluterveyskysely toteutetaan nimettömänä ja vapaaehtoisena, opettajan valvomana luokkakyselynä. Tarkempi kuvaus Kouluterveyskyselystä on luvussa 3.3.

Osajulkaisussa III käytettiin Kouluterveyskyselyn 2013 aineistoa. Paperilomakkeella toteutettuun kyselyyn vastasi 84 prosenttia perusopetuksen 8. ja 9. luokkalaisista (N=99 478). Vastaaajista oli rajattu pois ne oppilaat, jotka vastasivat alle 50 prosenttiin kysymyksistä tai jotka eivät ilmoittaneet sukupuolta tai luokka-astetta (Luopa ym., 2014, s. 13).

Osajulkaisussa III Kouluterveyskyselyn aineisto yhdistettiin Perusopetuksen tiedonkeruu 2013 –aineistoon (ks. 8.1.4). Yhdistetystä aineistosta rajattiin pois oppilaitokset, jotka eivät ilmoittaneet kouluterveydenhoitajaresurssia (N=48, 5548 oppilasta). Tämän jälkeen poistettiin satunnaisvirheen välttämiseksi erityisoppilaitokset (N=37, 614 oppilasta) ja koulut, joissa oli alle kymmenen oppilasta (N=29, N=122 oppilasta). Lopullinen aineisto sisälsi 71 865 oppilasta (63 % perusopetuksen 8. ja 9. luokkalaisista) 534 koulusta (56 %) 144 terveystieteiden alueelta.

Osajulkaisussa IV aineistona käytettiin netti- ja paperikyselynä toteutetun Kouluterveyskyselyn 2017 aineistoa, johon vastasi alun perin 63 prosenttia perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilasta (N=73 680) (Halme ym., 2018). Aineistosta rajattiin pois ne oppilaat, jotka eivät olleet raportoineet vuosiluokkaa. Lisäksi tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin ne vastaajat, jotka eivät olleet ilmoittaneet käyneensä joko lääkärin tai terveydenhoitajan terveystarkastuksessa perusopetuksen 7.–9. luokkien aikana, tai jotka eivät raportoineet vanhempien osallistumista terveystarkastukseen tai eivät tieneet, olivatko vanhemmat osallistuneet. Samoin rajattiin pois ne kahdeksannen luokan oppilaat, jotka ilmoittivat käyneensä tarkastuksessa yhdeksännen luokan aikana. Aineistosta rajattiin pois myös erityiskoulut ja alle kymmenen oppilaan koulut satunnaisvirheen välttämiseksi. Aineisto yhdistettiin Perusopetuksen tiedonkeruu 2017 –aineistoon (ks. 8.1.4). Lopulliseen aineistoon kuului 58 232 oppilasta 653 koulusta ja 141 terveystieteiden alueelta.

## 9.2 Keskeiset mittarit

### 9.2.1 Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus (I)

Osajulkaisussa I kuvattiin suunnitelmallisuutta Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004) pohjalta muodostetuilla neljällä indikaattorilla: terveystieteiden alueella on kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma; suunnitelma on uudistettu vuosittain; toimintakertomus on laadittu vuosittain; kouluterveydenhuollon laatusuosituksen julkaisemisen jälkeen johtoryhmä ja/tai luottamushenkilöt ovat hyväksyneet päivitetyn suunnitelman.

Länsi-Suomen lääninhallituksen tiedonkeruissa kysyttiin vuonna 1998 onko terveystieteiden alueella kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmaa sekä vuosina 1998 ja 2000 onko se tai kouluterveydenhuollon toimintakertomus tehty vuosittain.

Keväällä 2005 terveystieteiltä kysyttiin, onko terveystieteissä käytössä kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma (Ei/Kyllä, koska uudistettu: vuonna 2001 tai aikaisemmin; vuonna 2002, vuonna 2003, vuonna 2004, tänä vuonna). Lisäksi kysyttiin, tehdäänkö terveystieteissä vuosittain kouluterveydenhuollon toiminta-/vuosikertomus (Ei/Kyllä). (Rimpelä ym., 2005.)

Syksyllä 2005 terveystieteiltä kysyttiin, ”onko terveystieteissä *Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen julkaisemisen (2004) jälkeen uudistettu koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimintasuunnitelma, joka on johtoryhmän ja/tai luottamus henkilöiden hyväksymä*”. Vastausvaihtoehtoja oli kolme (Peruskoulu: Ei/Kyllä/Ei ole ko. oppilaitosta). (Rimpelä, Wiss ym., 2006.)

## 9.2.2 Kouluterveydenhuollon tilastoidut käynnit (II)

Osajulkaisussa II tutkittiin vuosien 1994–2005 kouluterveydenhuollon lääkärikäyntejä sekä muiden käyntien lukumääriä. Käynnit käsittivät kaikki tilastoidut määräämiskäynnit ja vastaanottokäynnit. Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien ja muiden käyntien määrä laskettiin tuhatta 7–18-vuotiaasta lasta kohti terveystieteen vertailemiseksi ja ajallisen muutoksen tutkimiseksi. Tiedot muokattiin vuoden 2006 terveystieteen rakenteen mukaisiksi ja virheellisiksi tulkitut luvut (1,1 % lääkärikäynneistä sekä 0,6 % muista käynneistä) muutettiin puuttuviksi tiedoiksi.

## 9.2.3 Koettu pääsy kouluterveydenhoitajan vastaanotolle (III)

Osajulkaisussa III selitettävänä muuttujana käytettiin Kouluterveyskyselyssä 2013 olutta kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppoutta kuvaavaa muuttujaa. Alkuperäinen kysymys oli muotoa ”*Jos haluaisit mennä koulusi terveydenhoitajan, lääkärin, kuraattorin tai psykologin vastaanotolle, miten helppo sinne on päästä? Vastaa joka kohtaan. Terveydenhoitajan/Lääkärin/Kuraattorin/Psykologin. Erittäin helppo, melko helppo, melko vaikea, erittäin vaikea*” (THL, 2021i). Muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi ja tutkimuksessa selitettiin vaikeaksi koettua pääsyä kouluterveydenhoitajalle (kyllä/ei).

## 9.2.4 Vanhempien osallistuminen terveystieteen tarkastuksiin (IV)

Osajulkaisussa IV selitettiin vanhempien osallistumista kouluterveydenhuollon terveystieteen tarkastukseen perusopetuksen 7.-9. luokkien aikana, jota kysyttiin vuoden 2017

Kouluterveyskyselyssä olleella kysymyksellä ”*Oliko joku vanhemmistasi mukana terveystarkastuksessa?*” Vastausvaihtoehdot olivat ”*kyllä, 7. luokalla; kyllä, 8. luokalla; kyllä, 9. luokalla; ei; en tiedä*” (THL, 2021i). Muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (kyllä/ei) ja vaihtoehdon ”*en tiedä*” valinnee rajattiin pois tutkimuksesta. Selitettävä muuttuja oli ”*Vanhemmat eivät osallistuneet terveystarkastukseen*”.

## 9.2.5 Terveyskeskusta, lasten ja nuorten terveyspalveluita sekä kouluterveydenhuoltoa kuvaavat muuttujat (I, II, III, IV)

Osajulkaisussa I kevään 2005 terveystarkastuskyselyä täydennettiin terveyskeskuksia kuvaavilla tiedoilla. Väestömäärä saatiin Suomen Kuntaliitosta, tieto terveyskeskuksen omistajasta (kunta/kuntayhtymä) Stakesista ja tieto väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltamisesta sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2004 Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta Suomessa –selvityksestä (Hakulinen-Viitanen ym., 2005). Tieto väestövastuuterveyskeskuksista vuodelta 2005 saatiin Suomen Lääkäriliitolta. Tieto kunnan osallistumisesta terveyden edistämisen hankkeisiin – lapsi- tai nuorisopoliittiseen ohjelmaan, lasten ja nuorten hyvinvointiselontekoon, terveyden edistämisen johtamiseen (TEJO) tai Terve Kunta -verkostoon – osallistumisesta saatiin Stakesista. Lapsi- ja nuorisopoliittisen ohjelman laatimista koskeva tieto saatiin vuoden 2005 syksyn terveystarkastuskyselystä ja hankkeeseen osallistuminen määräytyi terveyskeskuksen pääkunnan mukaisesti. (Wiss ym., 2007.)

Myös osajulkaisussa II käytettiin terveyskeskusta kuvaavia muuttujia. Stakesista saatiin perusterveydenhuollon terveydenhoitajien lukumäärä 10 000 asukasta koti, terveydenhoitajien lukumäärän muutos 1994–2004 sekä terveyskeskuksen omistajatieto (kunta tai kuntayhtymä). Tieto lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltamisesta saatiin neuvolaselvityksestä vuodelta 2004 (Hakulinen-Viitanen ym., 2005) ja tietoa päivitettiin Suomen Lääkäriliiton vuoden 2005 tiedoilla. Lisäksi tieto terveyskeskuksen väestömäärästä vuodelta 2004 saatiin Tilastokeskukselta.

Osajulkaisussa II käytettiin lisäksi seuraavia Stakesin Sotka-tietokannasta saatuja lasten ja nuorten terveyspalveluita kuvaavia muuttujia: äitiys- ja lastenneuvolan lääkärikäyntien ja muiden käyntien muutos vuosilta 1994–2005, äitiys- ja lastenneuvolan väestöön suhteutetut lääkärikäynnit ja muut käynnit vuodelta 2005 sekä 7–14-vuotiaiden osalta avoterveydenhuollon muiden kuin kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos vuosilta 1997–2004. Lisäksi Sotka-tietokannasta saatiin 7–18-vuotiaiden väestömäärä kunnittain, ja se muokattiin terveyskeskusrakennetta vastaavaksi.

Kansaneläkelaitokselta saatiin tieto 5–15-vuotiaiden yksityissektorin lääkärikäyntien muutoksesta vuosilta 1994–2005.

Osajulkaisuissa III aineistoon yhdistettiin TEAviisarin (2021b) Perusterveydenhuollon tiedonkeruusta saatu terveyseskustieto vuodelta 2012 ja osajulkaisuissa IV terveyseskustieto vuodelta 2016.

Osajulkaisuissa käytettiin selittävänä muuttujana kouluterveydenhoitajan henkilöstövoimavaratietoa TEAviisarin perusopetuksen 2013 (III) ja 2017 (IV) tiedonkeruista (TEAviisari, 2021c). Tiedonkeruissa mitattu henkilöresurssi työpäivinä tai työtunteina kuukaudessa muutettiin oppilaiksi kouluterveydenhoitajaa kohti (Wiss & Rimpelä, 2010). Suosituksen mukaan oppilaita tulee olla korkeintaan 600 oppilasta kokopäiväistä kouluterveydenhoitajaa kohti (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004, s. 19), mikä tarkoittaa 20 päivää tai 140,25 tuntia kuukaudessa. Osajulkaisuissa III kouluterveydenhoitajaresurssi luokiteltiin seuraavasti: 0–400 oppilasta, 401–500 oppilasta, 501–600 oppilasta ja yli 600 oppilasta kouluterveydenhoitajaa kohti. Osajulkaisuissa IV kouluterveydenhoitajaresurssi muutettiin kolmiluokkaiseksi (600 oppilasta tai alle; yli 600 oppilasta; ei raportoitu).

Osajulkaisuissa IV käytettiin selittävänä muuttujana lisäksi vanhempien kutsumista kouluterveydenhuollon kahdeksannen luokan laajaan terveystarkastukseen, jota kysyttiin TEAviisarin vuoden 2017 perusopetuksen tiedonkeruussa (Opetushallitus & THL/TedBM, 2018). Vanhempien kutsuminen laajaan terveystarkastukseen luokiteltiin kolmiluokkaiseksi (kyllä; ei; vanhempien kutsumista ei ole raportoitu).

## 9.2.6 Nuoren sosioekonomista taustaa, terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat muuttujat (III, IV)

Osajulkaisuissa III ja IV käytettiin selittävinä muuttujina Kouluterveyskyselystä saatuja nuoren sosioekonomista taustaa sekä terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia tekijöitä. Valitut muuttujat luokiteltiin ennen analyysiä pääosin kaksiluokkaisiksi.

Nuoren sosioekonomista taustaa kuvattiin useilla muuttujilla: maahanmuutto-tausta (III syntymämaa Suomi/muu); syntyperä (IV suomalainen syntyperä; ulkomaalaistaustainen, syntynyt Suomessa; ulkomaalaistaustainen, syntynyt ulkomailla), ei asu sekä äidin että isän kanssa (III ja IV), vähintään toinen vanhempi työtön (III ja IV), kummallakaan vanhemmalla ei ole korkeakoulutusta (III) tai äidin matala koulutus (IV). Osajulkaisuissa IV selittävänä muuttujana oli lisäksi sukupuoli (tyttö/poika), osajulkaisuissa III analyysit tehtiin sukupuolittain.

Nuoren terveystarpeita kuvasivat seuraavat kaksiluokkaiset (kyllä/ei) muuttujat: kuukausittainen humalajuominen (III ja IV), ollut yhdynnässä (III), koettu terveys keskinkertainen tai huono (III), vähintään yksi päivittäinen oire (III) tai vähintään kaksi päivittäistä oiretta (IV), lääkärin toteama pitkäaikaissairaus (IV). Kouluhyvinvointia kuvattiin seuraavilla muuttujilla: koulumenestys alle keskitason (III), tuen puute koulusta opiskeluun (III), tuen puute kotoa opiskeluun (III), koulu-uupumus (III) sekä viikoittainen kiusaaminen (III ja IV). Lisäksi käytettiin selittävänä muuttujana nuoren raporttoimia keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa (III ja IV).

## 9.3 Tutkimusmenetelmät

Tämän väitöskirjan osajulkaisujen I, II ja IV analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics:n versioilla. Osajulkaisun III analyysit tehtiin R-ohjelmiston (R Core Team, 2021) version 3.3.1 paketilla lme4 (Bates ym., 2015) ja selitysasteet laskettiin funktiolla rsquared.glm, joka on nykyisin osa pakettia piecewiseSEM (Lefcheck, 2016). Kuviot tehtiin R-ohjelmistolla (II) ja Microsoft Officen Excelillä (III). Tilastollisen merkitsevyyden tasoksi asetettiin kaikissa osajulkaisuissa 0,05.

### 9.3.1 Toimintasuunnitelmien ja kertomusten analysointi (I)

Toimintasuunnitelmien ja –kertomusten analysoimiseksi kouluterveydenhuollon oppaassa (STM & Stakes, 2002, s. 29–31) mainitut suositukset niiden sisällöstä jaettiin luokkiin aihealueiden mukaan (ks. taulukko 5).

Toimintasuunnitelmien sisältö luokiteltiin seuraavasti: 1) Tavoitteet, sisältö ja seuranta: kouluterveydenhuollon tehtävät ja tavoitteet; koululaisten terveyden seuranta kunnan tasolla; kouluyhteisön hyvinvoinnin seuranta kunnan tasolla; kouluterveydenhuollon sisältö ja toteuttaminen; kouluterveydenhuollon kehittämis- ja arviointivastuun määrittäminen, 2) Tarkastukset: määräaikaistarkastusten ja seulontojen runko-ohjelma; jatkotutkimukset, hoidon ja tuen järjestäminen, 3) Kouluyhteisö: työoloselvitysten suorittaminen; työoloselvitysten raportointi; terveyden edistäminen: terveystavoitteet; koulukohtaiset tavoitteet terveyden edistämiseksi, 4) Voimavarat: kouluterveydenhoitajan työaika; koululääkärin työaika; työtilat kouluittain; koulupsykologin työ ja työaika; koulukuraattorin työ ja työaika, 5) Suunniteltu terveydenhoito: tavoitteet, henkilöstö, 6) Yhteistyö: yhteistyö ja sitä ohjaavat periaatteet; oppilashuolto; terveystieto; kodin ja koulun yhteistyö.

Toimintakertomusten sisältö luokiteltiin seuraavasti: 1) Kouluterveydenhuollon toteutuminen, 2) Tulosten arviointi suhteessa tavoitteisiin, 3) Päätelmät seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnittelua varten, 4) Kouluyhteisöjen ja oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden kehitys (tutkimus- ja tilastotietoja), 5) Suun terveydenhoidon toteutuminen.

Asiakirjojen sisältöä tarkasteltiin näiden luokittelujen perusteella ja laskettiin, kuinka monessa prosentissa kunkin vuoden asiakirjoista esiintyi mainintoja suositelusta sisällöstä.

### 9.3.2 Ristiintaulukointi ja $\chi^2$ -riippumattomuustesti (I, II, III, IV)

Tutkittavien muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin osajulkaisuissa (I, II, III ja IV) aluksi ristiintaulukoinnilla, jolla tutkitaan kahden kategorisen muuttujan suhdetta toisiinsa. Muuttujien yhteyksien riippuvuuden voimakkuutta ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin osajulkaisuissa (I, III, IV)  $\chi^2$ -riippumattomuustestillä. Testin p-arvo kertoo todennäköisyyden sille, että havaittu tai sitä suurempi muuttujien välinen yhteys pätee myös perusjoukossa, kun muuttujat ovat keskenään riippumattomia. Useimmin käytetty on Pearsonin  $\chi^2$ -testi. (Nummenmaa ym., 2019, s. 197–202; Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, 2021a.)

### 9.3.3 Korrelaatioanalyysi, regressioanalyysi ja Gini-kerroin (II)

Osajulkaisussa II tutkittiin kouluterveydenhuollon käyntimäärien vaihtelua sekä käyntimäärien yhteyttä selittäviin, ehkäiseviä palveluita kuvaaviin muuttujiin.

Selittävien muuttujien yhteyttä kouluterveydenhuollon käyntien muutokseen tutkittiin ensin ristiintaulukoinnilla ja korrelaatioanalyysillä, jolla voidaan tutkia kahden normaalisti jakautuneen muuttujan yhteisvaihtelua ja lineaarisen yhteyden voimakkuutta. Korrelaatiokerroin voi saada arvoja välillä -1 ja 1. Positiivinen kerroin kertoo positiivisesta yhteydestä eli toisen muuttujan arvojen kasvaessa toisenkin muuttujan arvot kasvavat samassa suhteessa. Negatiivinen kerroin puolestaan kuvaa negatiivista yhteyttä, eli toisen muuttujan arvon kasvaessa toinen vähenee. Korrelaatiokertoimen tilastollisessa testaamisessa arvioidaan, kuinka todennäköisesti populaatiossa kertoimen arvoksi saataisiin nolla eli lineaarista yhteyttä ei ole. (Kellar & Kelvin, 2013; Nummenmaa ym., 2019, s. 214–230.)

Korrelaatioanalyysin ja ristiintaulukoinnin jälkeen tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä ( $p < 0,05$ ) olevat muuttujat valittiin regressioanalyysiin. Mallilla ennustetaan

selitettävän muuttujan arvoja yhdellä tai useammalla selittävällä muuttujalla. Mallilla voidaan selvittää myös kunkin selittäjän erillinen vaikutus mutta ei kausaalisuhteita. (Kaakinen & Ellonen, 2021a; Kellar & Kelvin, 2013.) Kouluterveydenhuollon käyntimäärien vaihtelua kuvattiin aikasarjaan sovitetulla regressiosuoralla, jolla voidaan havainnollistaa kahden muuttujan yhteyden suuntaa ja voimakkuutta (Kaakinen & Ellonen, 2021a). Käyntimäärien regressiosuoran kulmakertoimen tulkittiin kuvaavan niiden muutoksen suuntaa ja suuruutta. Myös selittäville muuttujille laskettiin regressiosuorat ja niiden kulmakertoimet. Mallin tilastollinen merkitsevyys kuvaa todennäköisyyttä vastaavalle tilanteelle, jossa muuttujien välillä ei ole yhteyttä (Kaakinen & Ellonen, 2021a).

Väestöön suhteutettujen käyntimäärien vaihtelua terveystieteiden ja muu-  
tosta ajassa tutkittiin lisäksi Gini-kertoimella, jolla voidaan estimoida jakauman epä-  
tasaisuutta. Kertoimen pienin arvo on nolla, ja mitä suurempi arvo kertoimella on,  
sitä epätasaisempaa mitatun asian jakautuminen on. (Nummenmaa ym., 2019, s. 271.)  
Osajulkaisussa kuvattiin terveystieteidenkohtaisten arvojen keskimääräistä etäisyyttä  
toisistaan, eli mitä pienempi Gini-kertoimen arvo oli, sitä tasaisempi käyntien ja-  
kauma oli.

### 9.3.4 Logistinen regressio ja monitasomalli (III ja IV)

Osajulkaisuissa III ja IV tarkasteltiin selittävien muuttujien yhteyttä selitettävään  
muuttujaan eli vastaanotolle pääsyn helppouteen (III) tai vanhempien osallistumi-  
seen terveystarkastuksiin (IV) logistisen regression avulla. Tällä regressioanalyysin  
erityistyyppillä voidaan selvittää todennäköisyyttä selitettävän, kaksiluokkaisen muut-  
tujan kuvaamalle ilmiölle selittävien muuttujien avulla (Kaakinen & Ellonen, 2021b;  
Kellar & Kelvin, 2013). Mallin tulokset raportoidaan selittävien muuttujien vetosuht-  
teella (odds ratio, OR), joka kuvaa, miten ennustettavan tapahtuman veto (odds eli  
tapahtuman todennäköisyys jaettuna todennäköisyydellä, ettei sitä tapahdu) muuttuu,  
kun selittävän muuttujan arvot muuttuvat. Oletuksena on, että havainnot ovat toisis-  
taan riippumattomia eikä selittävien muuttujien välillä ole täydellistä multikollineaar-  
isuutta. (Kaakinen & Ellonen, 2021b.) Tuloksissa voidaan tarkastella lisäksi koko  
mallin tilastollista merkitsevyyttä, sopivuutta aineistoon ja selitettyä vaihtelua (Kellar  
& Kelvin, 2013).

Osajulkaisuissa käytetyt aineistot olivat hierarkkisesti rakentuneita, eli ne sisälsivät  
terveyskeskus-, koulu- ja oppilastason. Koska jokainen terveyskeskus järjestää palve-  
luita vähintään yhdelle koululle ja jokaisessa koulussa on useita oppilaita, havainnot



eivät olleet täysin toisistaan riippumattomia. Logistinen regressioanalyysi tehtiin siksi monitasomallina, jolla voidaan selittää yksilötason ilmiötä yksilö- ja ryhmätason muuttujilla (Ellonen & Kaakinen, 2021; Heck ym., 2012). Käytännössä arvioitiin sekä oppilas- että koulu- tai terveyskeskustason muuttujien vaikutusta selitettävään muuttajaan. Lisäksi terveyskeskukset ja koulut lisättiin analyysiin satunnaisvirheen minimoimiseksi (III ja IV) ja niiden välisen mahdollisen vaihtelun tutkimiseksi (III).

## 10 TULOKSET

### 10.1 Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus (I)

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta koskeneen osajulkaisun (I) mukaan kolmasosassa (33 %) terveyskeskuksista oli keväällä 2005 uudistettu kouluterveydenhuollon suunnitelma ja vuosittainen toimintakertomus. Samoin syksyllä 2005 kolmasosa (35 %) terveyskeskuksista oli uudistanut suunnitelman laatusuosituksen (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004) julkaisemisen jälkeen. Neljäsosassa (27 %) terveyskeskuksista ei ollut suunnitelmaa eikä kertomusta. Suunnitelmallisuuden puutteellisuutta perusteltiin esimerkiksi henkilöstövaihdoksilla tai suunnitelmien tekemisillä suullisesti. Suunnitelmallisuudessa oli alueellista vaihtelua, joka ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää.

Terveyskeskuksen koko oli yhteydessä suunnitelmallisuuteen: pienet, alle 5 000 asukkaan terveyskeskukset tekivät ja uudistivat suunnitelmia vähiten. Suunnitelmien uudistaminen toteutui paremmin väestövirkaehtosopimusta soveltavissa terveyskeskuksissa. Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumisella tai terveyskeskusten omistajuudella ei ollut yhteyttä suunnitelmallisuuteen.

Länsi-Suomen 73 terveyskeskuksessa suunnitelmia laativien osuus oli vuonna 1998 lähes sama (64 %) kuin vuonna 2005 (70 %), myös sen vuosittainen uudistaminen pysyi vuosina 1998 (47 %), 2000 (38 %) ja 2005 (45 %) lähes ennallaan. Toimintakertomuksia laatineiden terveyskeskusten osuus kasvoi samana ajanjaksona 22 prosentista 44 prosenttiin.

Tutkimuksessa analysoitiin tarkemmin 99 terveyskeskukselta saatuja toimintasuunnitelmia sekä 60 terveyskeskukselta saatuja toimintakertomuksia. Näistä kolmessa suunnitelmassa ja yhdessä kertomuksessa sisältö oli lähes kattavasti kouluterveydenhuollon oppaan (STM & Stakes, 2002, s. 29–31; taulukko 5) suositusten mukainen. Toimintasuunnitelmien pituus vaihteli muutamasta rivistä 34 sivuun ollen useimmiten 1–4 sivua. Vuoden 2005 suunnitelmissa käsiteltiin useimmiten kouluterveydenhuollon tavoitteita ja tehtäviä, koululaisten terveyden tai kouluuyhteisön hyvinvoinnin seuranta kunnan tasolla, palveluiden sisältöä ja toteuttamista, määräaikaistarkastusten ja seulontojen runko-ohjelmia sekä työselvityksiä.

Länsi-Suomen läänin vuoden 1998 suunnitelmissa kuvattiin useimmiten määrääi-kaistarkastusten runko-ohjelmia, kouluterveydenhuollon tehtäviä ja tavoitteita sekä sisältöä ja toteuttamista. Sisältö laajeni vuosien myötä, ja vuonna 2005 suunnitelmissa oli mainintoja esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta sekä kehittämisestä ja arvioinnista. Mainintoja oppilashuollon kokonaisuudesta oli harvoin.

Vuodelta 2005 olevissa toimintakertomuksissa kuvattiin useimmiten palvelun toteutumista ja käyntimääriä sekä arvioitiin tuloksia suhteessa tavoitteisiin. Länsi-Suomen toimintakertomuksissa maininnat kouluterveydenhuollon toteutumisesta ja tulosten arvioinnista tavoitteisiin verrattuna lisääntyivät seuranta-aikana. Tutkimus- ja tilastotietoihin viittaaminen oli harvinaista eikä toimintakertomuksissa mainittu käsitteistä luottamushenkilöhallinnossa tai sivistystoimen kanssa. Analysoiduista toimintakertomuksista puolet oli noin sivun mittaisia tai lyhyempiä, vaihdellen muutamasta rivistä neljään sivuun, ja 33 prosenttia niistä sisältyi kunnan tai terveyskeskuk- sen muihin kertomuksiin.

## 10.2 Kouluterveydenhuollon käyntimäärien muutos (II)

Osajulkaisussa II tarkasteltiin kouluterveydenhuollon käyntimäärien muutosta vuosina 1994–2005. Tulosten mukaan terveyskeskusten keskimääräinen kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien määrä pieneni vuoteen 2002 asti, ja muissa käynneissä muutos oli vähäistä. Vuodesta 2001 lähtien lääkärikäyntien määrässä ei ollut juurikaan muutosta. Terveyskeskusten välinen käyntimäärien vaihtelu pysyi samana 1990-luvun loppuun asti. Sen jälkeen vaihtelu lääkärikäynneissä lisääntyi, eli vuosina 1994–1998 Gini-kerroin oli 0.23–0.25 ja myöhemmin 0.26–0.28. Muissa käynneissä vaihtelu pieneni: vuosina 1994–2002 Gini-kerroin pysyi tasolla 0.17–0.19 ja aleni sen jälkeen tasolle 0.15–0.16. Mediaani lääkärikäynneille oli tuhatta 7–18-vuotiasta kohden 22 (vaihteluväli 0–633) ja muille käynneille 1695 (612–3316) vuonna 2005.

Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutokseen olivat yhteydessä lääkärikäyntien määrä vuonna 1994, muutos lastenneuvolan lääkärikäynneissä sekä muutos lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon muissa käynneissä. Mallissa, jossa yhdistettiin nämä tekijät, tilastollisesti merkitseviä olivat vain lääkärikäynnit vuodelta 1994 (standardoitu regressiokerroin -0.605) ja lastenneuvolan lääkärikäyntien muutos (0.296). Lääkärikäynnit olivat vähentyneet sitä enemmän, mitä enemmän niitä oli ollut vuonna 1994, ja kouluterveydenhuollon ja lastenneuvolan lääkärikäynnit vähenivät samanaikaisesti. Kokonaisuudessaan malli selitti 49 prosenttia lääkärikäyntien vaihtelusta.

Kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutokseen olivat yhteydessä kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit vuonna 1994, kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos, kouluterveydenhuollon muut käynnit 1994, lastenneuvolan muiden käyntien muutos, terveydenhoitajien määrä vuonna 1994 ja terveyskeskuksen väestöpohjan koko. Yhdistetyssä mallissa kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutokseen oli tilastollisesti merkitsevä yhteys kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutoksella (0.169) ja lastenneuvolan muiden käyntien muutoksella (0.156). Kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutos oli näiden muutosten kanssa samansuuntainen. Kouluterveydenhuollon muut käynnit myös vähenivät sitä enemmän mitä enemmän niitä oli jakson alussa vuonna 1994 (-0.572). Kouluterveydenhuollon muilla käynneillä oli positiivinen yhteys vuoden 1994 terveydenhoitajien määrään (0.188), eli mitä enemmän terveydenhoitajia oli jakson alussa, sitä enemmän käynnit lisääntyivät. Malli selitti 38 prosenttia kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutoksesta.

Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien ja muiden käyntien välistä yhteyttä tutkittiin ristiintaulukoinnilla. Niissä terveyskeskuksissa (N=81), joissa lääkärikäynnit vähentyivät, 14 prosentissa (N=11) muut käynnit lisääntyivät. Korrelaatiokerroin tarkastelujakson 1994–2002 erotukselle oli tilastollisesti merkitsevästi positiivinen ( $r=0.133$ ;  $p$ -arvo=0.048).

### 10.3 Nuorten kokema pääsy kouluterveydenhoitajan vastaanotolle (III)

Kolmannen osajulkaisun mukaan suurin osa (87 %) peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista koki pääsyn terveydenhoitajan vastaanotolle helpoksi. Tytöt (15 %) kokivat pääsyn vaikeaksi hieman poikia (11 %) useammin. Vaikeaksi pääsyn kokeneiden nuorten osuus vaihteli terveyskeskusten välillä 0–41 prosenttia (mediaani 12 %) ja koulujen välillä 0–75 prosenttia (mediaani 11 %).

Monitasomallilla tutkittiin terveyskeskusten, koulujen, oppilaiden taustan sekä terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöiden yhteyttä pääsyn helppouteen. Terveyskeskukset selittivät seitsemän prosenttia poikien ja yhdeksän prosenttia tyttöjen vaihtelusta vaikeassa pääsyssä. Kokonaisuutena koululla oli terveyskeskusta voimakkaampi yhteys koettuun pääsyyn sekä tytöillä että pojilla. Terveyskeskukset ja koulut selittivät 13 prosenttia poikien ja 19 prosenttia tyttöjen vaihtelusta ja kaikki valitut tekijät yhdessä 20 prosenttia poikien ja 23 prosenttia tyttöjen vaihtelusta vaikeassa pääsyssä.

Terveyskeskusten välillä oli vaihtelua vaikeaksi koetussa pääsyssä (pojilla s. d. 0.49, tytöillä s. d. 0.58). Koulujen lisääminen malliin laski terveyskeskusten vaihtelua

sekä pojilla (s.d. 0.17) että tytöillä (s.d. 0.18). Yksilötekijöiden ja kouluterveydenhoitajaresurssin lisääminen puolestaan lisäsi terveyskeskusten välistä vaihtelua pojilla (s. d. 0.19) mutta vähensi sitä tytöillä (s. d. 0.15). Koulujen välillä oli vaihtelua (pojilla s.d. 0.68 ja tytöillä s.d. 0.87), joka kasvoi yksilötekijöiden ja kouluterveydenhoitajaresurssin lisäämisen jälkeen (pojilla s.d. 0.72 ja tytöillä s.d. 0.89).

Kouluterveydenhoitajaresurssin sekä nuoren taustaa, hyvinvointia tai terveystarpeita kuvaavien muuttujien yhteyttä koettuun pääsyyn tarkasteltiin muuttuja kerrallaan, jolloin suurimmalla osalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys vaikeaksi koettuun pääsyyn. Monimuuttujamallissa tutkittiin niiden samanaikaista vaikutusta. Yhteys vaikeaan pääsyyn oli suurempi niillä nuorilla, joilla oli maahanmuuttotausta (pojat OR 1.32, CI 1.08–1.62; tytöt OR 1.25, CI 1.01–1.55) tai keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa (pojat OR 1.50, CI 1.31–1.73; tytöt OR 1.33, CI 1.20–1.48), tytöillä myös, jos vanhemmilla ei ollut korkeaa koulutusta (OR 1.13, CI 1.06–1.22). Harvemmin pääsyn vaikeaksi kokivat pojat, jotka eivät asuneet sekä isän että äidin kanssa (OR 0.91, CI 0.83–0.99) eli ydinperheessä asuvat kokivat pääsyn muita useammin vaikeaksi. Vahvin yhteys vaikeaksi koettuun pääsyyn oli kouluhyvinvoinnilla: ne, joilla oli heikompi koulumenestys (pojat OR 1.24, CI 1.14–1.35; tytöt OR 1.23, CI 1.14–1.33) tai tuen puutetta koulunkäyntiin koulusta (pojat OR 2.64, CI 2.31–3.02; tytöt OR 1.63, CI 1.43–1.85), raportoivat useammin vaikeaa pääsyä. Tytöillä tuen puutteella kotoa oli samankaltainen yhteys (OR 1.29, CI 1.13–1.46).

Ne, joiden koettu terveys oli keskinkertainen tai huono (pojat OR 1.29, CI 1.16–1.44; tytöt OR 1.21, CI 1.12–1.32), ja joilla oli päivittäisiä oireita (pojat OR 1.28, CI 1.17–1.41; tytöt OR 1.30, CI 1.21–1.40) tai koulu-uupumusta (pojat OR 1.83, CI 1.63–2.05; tytöt OR 1.45, CI 1.32–1.59), raportoivat vaikeaa pääsyä muita useammin. Pojilla todennäköisyys vaikeaksi raportoituun pääsyyn oli korkeampi niillä, joita kiusattiin viikoittain (OR 1.42, CI 1.25–1.62) tai jotka olivat olleet yhdynnässä (OR 1.26, CI 1.14–1.39). Vanhempien työttömyydellä tai nuoren kuukausittaisella humalajuomisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vaikeaan pääsyyn.

Kouluterveydenhoitajaresurssilla oli heikko yhteys koettuun pääsyyn. Alle kansallisten suositusten olevat henkilöstöresurssit (yli 600 oppilasta/terveydenhoitaja) olivat yhteydessä vaikeaksi koettuun pääsyyn pojilla (OR 1.32, CI 1.06–1.65).

## 10.4 Vanhempien osallistuminen kouluterveydenhuollon terveystarkastukseen (IV)

Tutkimuksen mukaan alle puolet (44 %) kouluterveydenhoitajan tai koululääkärin terveystarkastuksessa käyneistä perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilaista ilmoitti vanhempien osallistuneen terveystarkastukseen peruskoulun yläluokkien aikana. Nuoret raportoivat vanhempien osallistumista useammin 8. luokan (28 %) kuin 7. luokan (15 %) tai 9. luokan (2 %) aikana. Näiden nuorten, jotka olivat ilmoittaneet vanhempien osallistuneen tarkastukseen, osuus vaihteli runsaasti sekä terveyskeskusten (1–83 %) että koulujen (0–92 %) välillä.

Kouluterveydenhuollon järjestämistä ja nuoren sosiodemografista taustaa sekä terveyttä ja hyvinvointia kuvaavien muuttujien yhteyttä siihen, että vanhemmat eivät osallistuneet terveystarkastukseen, tarkasteltiin ensin ristiintaulukoinnilla ja logistisella regressiolla muuttuja kerrallaan. Muuttujilla oli pääosin tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen, että vanhemmat eivät osallistuneet. Ainoastaan yli 600 oppilaan kouluterveydenhoitajaresurssin yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Logistisen regression monitasomallissa vakioitiin koulun ja terveyskeskuksen satunnaisvaikutus. Mallin mukaan kouluterveydenhoitajaresurssi tai vanhempien kutsuminen laajaan terveystarkastukseen ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä siihen, että vanhemmat eivät osallistuneet terveystarkastukseen. Yhteys siihen, että vanhemmat eivät osallistuneet, oli suurempi pojilla (OR 1.26, CI 1.21–1.31), Suomessa syntyneillä ulkomaalaista syntyperää olevilla (OR 1.47, CI 1.25–1.71) ja muualla syntyneillä ulkomaalaista syntyperää olevilla (OR 1.64, CI 1.44–1.88) sekä niillä, jotka eivät asuneet sekä äidin että isän kanssa (OR 1.18, CI 1.13–1.23). Samoin yhteys oli suurempi, jos äidillä oli matala koulutus (OR 1.22, CI 1.16–1.27), tai nuorella oli keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa (OR 1.53, CI 1.41–1.66), vähintään kaksi päivittäistä oiretta (OR 1.13, CI 1.06–1.20) sekä humalajuomista vähintään kerran kuussa (OR 1.28, CI 1.19–1.37). Samoin ne nuoret, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta (OR 1.13, CI 1.08–1.18) ja joita ei kiusattu viikoittain (OR 1.23, CI 1.11–1.35) ilmoittivat useammin, että vanhemmat eivät osallistuneet. Yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä. Vanhemman työttömyys kuluneen vuoden aikana ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä nuoren raportoimaan vanhempien osallistumiseen.

# 11 POHDINTA

## 11.1 Tutkimuksen eettisyys

Tämän väitöskirjatutkimuksen toteutuksessa huomioitiin hyvät tieteelliset käytännöt (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2013). Tutkimustyössä ja tulosten raportoinnissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulosten analysoinnissa käytettiin yleisesti käytettyjä menetelmiä ja tulokset julkaistiin avoimesti. Aiheeseen liittyviin julkaisuihin on viitattu asianmukaisella tavalla muiden tutkijoiden työtä kunnioittaen. Väitöskirjatutkimusta rahoittaneet tahot on mainittu osajulkaisujen yhteydessä ja tämän yhteenveto-osuuden kiitoksissa.

Tutkimuksessa käytettiin koko maan tai läänin tason kyselytutkimus- tai tilastoaineistoja. Lisäksi analysoitiin terveyskeskusten tekemiä kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmia ja -kertomuksia. Alaikäisille oppilaille suunnatun Kouluterveyskyselyn osalta eettinen ennakoarviointi tehdään THL:n tutkimuseettisessä toimikunnassa. Kysely toteutetaan osana koulutyötä koulupäivän aikana. (THL, 2021a.) Alaikäiselle vastaajalle tulee antaa tietoa tutkimuksesta ymmärrettävällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019). Vastaajia tiedotettiin sekä vuonna 2013 että 2017 kyselyn toteuttamisesta, eli mitä tietoa kerätään, miten sitä hyödynnetään ja missä tulokset esitellään. Vuoden 2013 kyselylomakkeessa vastaajalle kerrottiin, että vastaaminen on nimetöntä ja vapaaehtoista, tietoja hyödynnetään nuorten palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä, eivätkä yksittäisen oppilaan vastaukset tule esiin. Tutkimuskäyttöä ei erikseen mainittu, vuoden 2017 lomakkeessa maininta käytöstä tieteelliseen tutkimukseen oli lisätty. (THL, 2021i.)

Vuonna 2019 voimaan tulleiden alaikäisen tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan alle 15-vuotiaan vastaajan osallistumisesta päättää ensisijaisesti huoltaja ja 15 vuotta täyttäneellä riittää hänen oma suostumuksensa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019). Suurissa väestötutkimuksissa riittää huoltajan informointi niin, että he voivat kieltää lapsen osallistumisen. Kouluterveyskyselyssä huoltajalla on ollut oikeus kieltää ensin alaikäisen ja sittemmin alle 15-vuotiaan lapsensa osallistuminen kyselyyn, ja vuonna 2017 oppilaitoksille lähetettiin tästä valmis tiedotepohja huoltajille (P. Luopa, henkilökohtainen tiedonanto, 1.12.2021).

## 11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää tilasto- ja kyselytutkimusaineistojen valtakunnallista kattavuutta, minkä vuoksi tulokset kuvaavat koko maan kouluterveydenhuoltoa. Etenkin ensimmäisten osajulkaisujen aikaan koko maata käsittelevien tutkimusten määrä oli vähäinen, ja tutkimuksen avulla saatiin uutta tietoa palvelujärjestelmästä. Tutkimus tuo myös esille palvelun toteutumisen puutteita sekä vaihtelua niin terveyskeskusten kuin koulujen välillä. Lisäksi vahvuutena voidaan pitää kouluterveydenhuollon tarkastelua sekä palvelun tuottajan että asiakkaan eli oppilaan näkökulmasta. Tuloksia palveluiden koettuun saatavuuteen tai vanhempien osallistumiseen liittyen voidaan hyödyntää nuorten palveluita tai vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä kehitettäessä. Käyntimääriin tai suunnitelmallisuuteen liittyvät tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan yleistettävissä kansainvälisesti palvelujärjestelmien erilaisuuden takia. Lisäksi ne eivät kuvaa nykytilannetta, vaan aikaa ennen vahvistunutta valtakunnallista normiohjausta.

Kansainvälisen kouluterveydenhuollon palvelujärjestelmän vaihtelevuus tuli esille myös aihepiirin kirjallisuudessa. Universaalia kouluterveydenhuoltoa käsittelevää ja osajulkaisujen teemoihin liittyvää kirjallisuutta oli saatavilla niukasti. Tutkimuksen tuloksia olisi saattanut vahvistaa laajempi vertailu myös tutkittuja aiheita sivuvaan kansainväliseen tutkimustietoon.

Tutkimuksen toteutusta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti kuvaa, että mittarit mittaavat sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkittavaa ilmiötä koskevat kysymykset on määritelty oikein, ja niistä tehdyt päätelmät ovat oikeita. Reliabiliteetti kertoo puolestaan mittaustulosten toistettavuudesta ja johdonmukaisuudesta. Tätä kuvaa niin stabiliteetti eli pysyvyys ajassa, kuin konsistenssi eli yhtenäisyys, mittarin osa-alueiden kyky mitata samaa asiaa. Käytännössä kyse on siitä, saadanko erilaisissa olosuhteissa tai eri aikoina yhtenäisiä ja johdonmukaisia tuloksia. (Nummenmaa ym., 2019, s. 20–21; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, 2021b.)

Valtakunnallisesti vakiintuneiden menetelmien ja mittareiden vuoksi tämän tutkimuksen asetelmat ovat suurimmaksi osaksi toistettavissa. Kouluterveydenhuollon käyntitietoja tutkittiin valtakunnallisesti sovitun järjestelmän mukaan tilastoitujen käyntien perusteella, mutta vertailtavuus vuoden 2011 tai sen jälkeisiin käyntitietoihin ei ole mahdollista tilastointimuutosten vuoksi (ks. THL, 2021g). Valtakunnallisen normiohjauksen muutosten vuoksi myöskään suunnitelmallisuutta koskevat kysymykset eivät sellaisenaan ole toistettavissa. Suunnitelmallisuuden tiedot pohjautuivat terveyskeskusten ilmoittamiin käytäntöihin sekä laatimiin dokumentteihin, eli suunnitelmallisuuden tasoa yleisesti on mahdollista vertailla.



Aineistona käytetyt THL:n Kouluterveyskysely ja TEAviisari ovat vakiintuneita tiedonkeruita ja toistuvat pääpiirteittäin samanlaisina kahden vuoden välein. Esimerkiksi Kouluterveyskyselyssä käytetyt kouluterveydenhuoltoa koskevat kysymykset ja mittarit on pääosin kehitetty asiantuntijatyönä kyseisiä tiedonkeruita varten, ja kysymyksiä esitellään vastaajaryhmillä ennen tiedonkeruita (P. Luopa, henkilökohtainen tiedonanto, 1.12.2021). Aineistot kuvaavat kattavasti joko maamme perusopetuksen 8. ja 9. luokkien oppilaita tai palvelujärjestelmää (TEAviisari, 2021b; TEAviisari, 2021c; THL, 2021a). TEAviisarin terveyskeskustiedonkeruun henkilöstöresursseja koskevia vastauksia on tarvittaessa lähetetty uudelleen terveyskeskuksille tarkastettavaksi (Wiss ym., 2014).

Kouluterveyskyselyn kattavuudessa voi olla vuosittaista vaihtelua esimerkiksi vastaamisen teknisten ongelmien vuoksi tai yksittäiset koulut oppilaineen voivat jäädä tutkimusten ulkopuolelle. Kouluterveyskyselyn aineistosta jäävät pääosin pois ne oppilaat, jotka eivät ole koulussa kyselypäivänä, tai eivät kykene esimerkiksi toimintarajoitteen tai kielellisten vaikeuksien vuoksi vastaamaan itsenäisesti (THL, 2021a). Vuoden 2013 kyselyyn oli mahdollista vastata suomeksi ja ruotsiksi, eli kyselystä on voinut rajautua ulkopuolelle lisäksi näitä kieliä taitamattomia. Vuonna 2017 kyselyyn oli mahdollista vastata viidellä kielellä. (THL, 2021j.) Huomioitava on myös, että vuoden 2013 aineistosta oli rajattu alun perin pois ne oppilaat, jotka olivat vastanneet alle puoleen kysymyksistä tai jotka eivät olleet ilmoittaneet sukupuolta tai luokkaa-astetta. (Luopa ym., 2014, s. 13.)

Kouluterveyskyselyssä vastaamisen vapaaehtoisuus ja nimettömyys lisää aineiston luotettavuutta. Esimerkiksi hyvin epätodennäköisten vastausten osuus on ollut Kouluterveyskyselyssä melko pieni eikä sitä esiinny systemaattisesti (THL, 2021a). Toisaalta Kouluterveyskyselyn taustaryhmittäisessä raportoinnissa on sittemmin huomioitu epätodennäköisten vastausten rajaaminen (THL, 2022a), mikä olisi saattanut vahvistaa myös tämän tutkimuksen luotettavuutta. Vuonna 2013 oppilailta kysyttiin mielikuvaa palveluihin pääsyn helppoudesta, minkä vuoksi kysymyksen tulkinnassa voi olla eroja oppilaiden välillä, kuten myös selittävänä muuttujana käytetyssä humalajuomisessa. Vuonna 2017 terveystarkastusta kuvaavien kysymysten yhteydessä oli selitys siitä, mitä terveystarkastus tarkoittaa. Tästä huolimatta osa vastaajista ei ilmoittanut viimeisimmän terveystarkastuksen ajankohtaa tai sitä, osallistuivatko vanhemmat tarkastukseen. He eivät mahdollisesti tienneet oliko kyse ollut terveystarkastuksesta vai jostain muusta tapaamisesta, tai eivät muistaneet tarkkaa aikaa tälle.

Tutkimuksessa käytettiin määrälliseen aineistoon sopivia ja vakiintuneita tilastollisia menetelmiä. Osatöiden tilastolliset analyysit on toteutettu joko yhteistyössä tilastotutkijoiden kanssa tai itsenäisesti. Kouluterveyskyselyn aineiston suuren koon

vuoksi satunnaisvirheiden mahdollisuus on pieni. Luotettavuutta on pyritty vahvistamaan myös vakioimalla tilastollisissa analyyseissä koulun tai terveyskeskuksen vaikutus sekä rajaamalla pienimmät, alle kymmenen vastaajan oppilaitokset tai erityisoppilaitokset analyyseistä. Aineistoihin tehtiin myös tutkimuskysymysten pohjalta rajauksia, jotka on kuvattu tarkemmin osajulkaisuissa.

Osajulkaisussa I kirjallisten suunnitelmien ja toimintakertomusten laadullisessa analyysissä asiakirjojen sisältö luokiteltiin kouluterveydenhuollon ohjauksen pohjalta laadittujen kriteerien mukaan. Tämän analyysin luotettavuutta olisi saattanut vahvistaa laajempi vertaileva arviointi muiden tutkijoiden kanssa.

## 11.3 Tulosten tarkastelu

### 11.3.1 Kouluterveydenhuollon suunnitelmällisuuden toteutuminen ja mahdollisuudet palveluiden saatavuuden vahvistamisessa (I)

Kouluterveydenhuollon kirjallisen suunnitelmällisuuden kautta voidaan tukea toiminnan yhtenäisyyttä, läpinäkyvyyttä ja tiedottamista sekä siten myös palvelujen saatavuutta ja saataavuutta. Suunnitelmällisuuteen liittyvä osajulkaisu toi ensimmäistä kertaa esille sen vakavia puutteita valtakunnallisella tasolla: kouluterveydenhuollon suunnitelmällisuutta toteutti suositusten mukaan vain noin kolmasosa terveyskeskuksista. Suunnitelmien ja toimintakertomusten sisällöissä oli huomattavaa eroa terveyskeskusten välillä, ja vain yksittäiset dokumentit noudattivat suosituksen sisältöohjetta. Asiakirjojen käsittelystä oppilaiden ja vanhempien kanssa mainittiin vain harvoin, mikä on samansuuntainen tulos hieman myöhemmin tehdyn selvityksen kanssa (Rimpelä, Metso ym., 2008), ja myös oppilashuollon kokonaisuuden käsittely oli harvinaista. Silloisen informaatio-ohjauksen vaikutus suunnitelmällisuuteen näytti vähäiselle, kuten myös Valtiontalouden tarkastusviraston (2006) tarkastuskertomuksessa todettiin.

Kouluterveydenhuollon suunnitelmällisyys muuttui velvoittavaksi valtioneuvoston asetuksessa (2009/380, 4§), jonka mukaan kunnan tulee tehdä yhtenäinen toimintaohjelma lasten ja nuorten ehkäiseville terveyspalveluille, muun muassa kouluterveydenhuollolle. Toimintaohjelman tarkoituksena on esimerkiksi varmistaa palvelujen yhtenäinen taso kunnan eri osissa ja toimipisteissä (STM, 2009, s. 22). Kouluterveydenhuolto kytkeytyy lisäksi osana opiskeluhuoltoa muihin suunnitelmiin,

esimerkiksi oppilaitoskohtaiseen opiskeluhoitosuunnitelmaan sekä kunnan lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 12§; Valtioneuvoston asetus, 2011/338, 18§). Suunnitelmallisuutta tukee myös 2010-luvulla julkaistu kansainvälinen ohjeistus kouluterveydenhuollolle (ks. WHO, 2014; WHO & UNESCO, 2021).

Asetuksen voimaantulon jälkeen suurin osa terveyskeskuksista oli hyväksynyt yhtenäisen toimintaohjelman neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014; Wiss ym., 2012). Tämän väitöskirjan osajulkaisussa (I) havaittuja puutteita suunnitelmallisuudessa on havaittu kuitenkin edelleen. Toimintaohjelmien laatimisessa ja sisällöissä on ollut alueellista vaihtelua (Frantsi-Lankia ym., 2018; Frantsi-Lankia ym., 2021; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014). Vain noin joka kymmenes toimintaohjelma on ollut riittävä sisällöltään (Frantsi-Lankia ym., 2018; 2021). Vaikka osa ammattilaisista onkin kokenut oppilas- ja opiskelijahuoltolain (2013/1287) tehostaneen opiskeluhoitoa suunnitelmallisuutta (Summanen ym., 2018, s. 38–40), suunnitelmien laatiminen tai toimintaohjelmat eivät välttämättä ole kaikille kouluterveydenhuollon ammattilaisille tuttuja (ks. Hietanen-Peltola ym., 2019b; Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021, s. 91–92; Saarinen, 2020).

Osajulkaisussa I pohdittiin mahdollisuuksia selvittää kouluterveydenhuollon suunnitelmallisen johtamisen yhteyttä toiminnan laatuun, resursseihin ja terveyskeskuksen johtamiseen. Happonen ym. (2010) mukaan kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus oli yhteydessä laajojen terveystarkastusten toteutumiseen: ne terveyskeskukset, joissa oli hyvä suunnitelmallisuuden taso ja yhteiseen toimintakäytäntöön perustuva velvoittava päätös laajojen terveystarkastusten ajankohdista ja sisällöistä, tekivät useammin laajoja terveystarkastuksia. Frantsi-Lankian ym. (2021) määrittelemillä toimintaohjelmien pisteillä ei ollut yhteyttä kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroihin.

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus on tärkeää palvelujen yhtenäisyyden ja tasa-arvon turvaamiseksi sekä saatavuuden vahvistamiseksi. Se edistää myös toiminnan arviointia, joka on koulutuksenjärjestäjän lakisääteinen tehtävä (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287). Suunnitelman tulee olla kirjallista, jotta tiedonkulku ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutuminen voidaan turvata eri toimijoiden välillä. Avoimen tiedottamisen kautta myös huoltajat ja oppilaat voivat tutustua palveluihin.

Nykyisen ohjeistuksen mukaan kuvaus kouluterveydenhuollon palveluista tulee sisällyttää useisiin lakisääteisiin, osittain samaa aihepiiriä käsitteleviin suunnitelmiin. Lisäksi kouluissa voidaan tehdä tarvittaessa muita suunnitelmia. Tulevaisuudessa

palvelujärjestelmän uudistuessa kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden velvoitteet tulevat myös hyvinvointialueiden vastuulle (Hallituksen esitys, 2022/19). Suunnitelmallisuutta ja sen arviointia voi tukea tiivis, selkeä malli eri suunnitelmien tarkoituksesta, sisällöstä sekä päivittämisen aikataulusta. Valtakunnallisen toimintaohjelmamallin tarvetta on pohdittu jo aiemmin (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014). Esimerkiksi toimintaohjelman tavoitteet, sisältö ja laatiminen on kuvattu pääpiirteittäin avoimesti saatavilla olevissa materiaaleissa (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, s. 97–101; THL, 2021j), ja niitä voidaan arvioida mittarin avulla (Frantsi-Lankia ym., 2018). Tiedossa ei kuitenkaan ole, kuinka laajasti edellä mainittuja ohjeita tai mittaria käytetään toimintaohjelmien laatimisen tukena. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus vaatii edelleen kehittämistä ja sen toteutuminen seurantaan.

### 11.3.2 Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuus käyntimäärillä tarkasteltuna (II)

Kouluterveydenhuollon käyntimääriä tutkittaessa oletettiin, että mikäli palvelut on järjestetty valtakunnallisten suositusten mukaisesti, käyntimäärien vaihtelun ei pitäisi olla suurta. Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin erityisesti kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien vähentyneen tarkastelujaksolla. Vaihtelu terveyskeskuksittain oli suurta ja jopa lisääntyi lääkärikäyntien osalta. Lisäksi useissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit vähenivät samaan aikaan muiden käyntien kanssa.

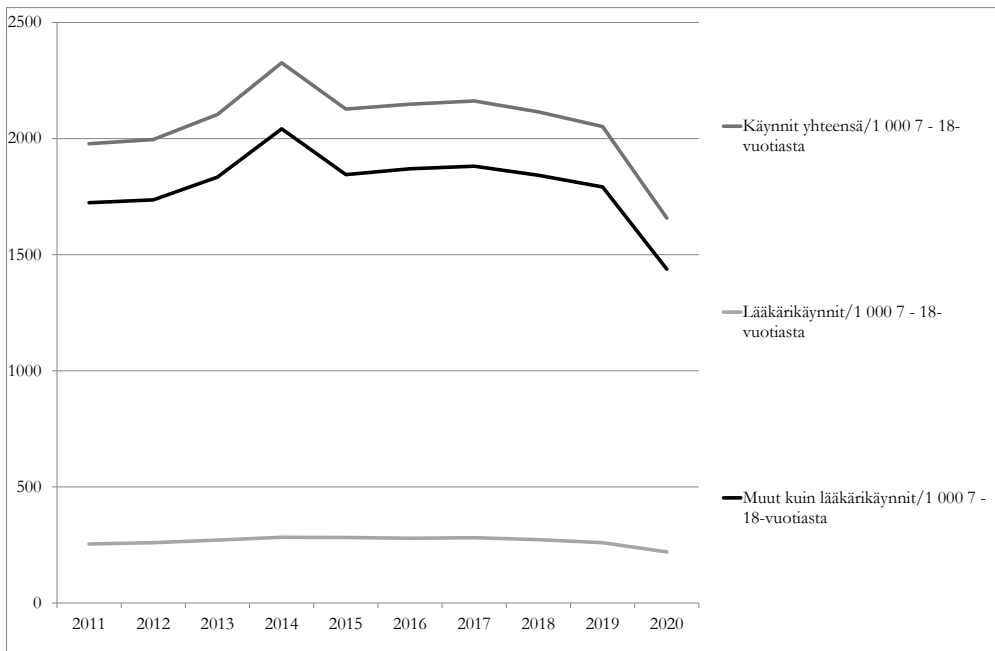
Tutkimuksen tulokset toivat konkreettisella tavalla näkyville valtakunnallisella tasolla lasten ja nuorten peruspalveluiden tilan, resurssien vähentämisen ja alueiden sekä palveluntuottajien väliset erot. Vastaavaa tutkimusta kouluterveydenhuollon käynneistä terveyskeskustasolla ei tuolloin ollut tehty. Tulosten perusteella havaittiin, että ennaltaehkäisevät palvelut vähenivät useiden ammattilaisten osalta samanaikaisesti. Yhtäaikaisen lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien vähenemisen taustalla saattoi olla paitsi henkilöstöresurssipula, myös johtamisen näkökulma näitä palveluita koskien.

Samansuuntaisia tuloksia palvelun eroista havaittiin muissa kansallisissa selvityksissä (Rimpelä ym., 2007; Rimpelä, Happonen ym., 2008; Wiss ym., 2007). Kuntien välisiin eroihin kouluterveydenhuollon toteuttamisessa ja eriarvoisuuteen palveluiden saatavuudessa puuttui myös apulaisoikeuskansleri Jaakko Jonkka (Oikeuskanslerinvirasto, 2007). Mahdollista on, että vaihtelu terveyskeskusten välillä oli 1990-luvun laman ja palvelujen karsimisen seurausta (ks. Paakkonen, 2012) tai että eroja

oli jo ennen lamaa. Erot terveyskeskusten välillä olivat suuria eivätkä ne olleet tasoituneet 2000-luvun alun informaatio-ohjauksesta huolimatta (ks. taulukko 2; Oikeuskanslerinvirasto, 2007; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006).

Palveluiden saatavuus ja huoli epätasa-arvosta nousi keskusteluun vuonna 2020, kun Covid19-epidemia vaikutti kouluterveydenhuollon resursseihin ja toimintaan. Tilastoidut käyntimäärät laskivat keväällä 2020 edellisvuoteen verrattuna 21 prosenttia (Kuvio 2; THL, 2021k). Myös vuonna 2021 käyntejä oli vuotta 2019 vähemmän (Jormanainen, 2021). Vuonna 2013 rokotusohjelmaan tulleen HPV-rokotteen järjestelyt (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus... 2013/410; THL, 2022b) ovat saattaneet vaikuttaa kuviossa näkyvään nousuun käyntimäärissä.

**Kuvio 2.** Kouluterveydenhuollon käyntimäärät tuhatta 7–18-vuotiasta kohti vuosina 2011–2020 (THL, 2022b)



Covid19-epidemian aikana henkilökunnan siirtyessä esimerkiksi jäljitystehtäviin osa terveystarkastuksista jäi tekemättä ja tarpeen mukaiset käynnit ja yhteydenotot lisääntyivät (Hakulinen ym., 2020; Hakulinen ym., 2022, s. 40-46; Hietanen-Peltola, Jahnukainen, Laitinen ym., 2022; Hietanen-Peltola, Vaara, Hakulinen ym., 2020; Hietanen-Peltola, Vaara, Laitinen ym., 2020; THL, 2022c). Tarpeen mukainen

henkilöstöresurssitilanne ei toteutunut kattavasti ja valmiudet etäpalveluihin vaihtelivat (Hakulinen ym., 2021). Etäkäyntien määrä kuitenkin kasvoi (THL, 2022c). Samaan aikaan nuorten raportoimat käynnit kouluterveydenhoitajalla muuten kuin terveystarkastuksessa vähenivät (Hietanen-Peltola, Jahnukainen ym., 2021) ja huoli lasten ja nuorten hyvinvoinnista kasvoi mielenterveysoireiden lisääntyessä (Aalto-Setälä ym., 2021; Hietanen-Peltola, Jahnukainen, Laitinen ym., 2022). Tutkimus lasten ja nuorten palveluiden käyntimäärien kehityksestä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä tulisi toisintaa saatavuuden kokonaiskuvan saamiseksi.

### 11.3.3 Palveluiden koetun saatavuuden ja vanhempien terveystarkastuksiin osallistumisen vaihtelu terveystarkastusten ja koulujen välillä (III ja IV)

Terveystarkastuslain (2010/1326, 2§) mukaan kunnan tulee turvata palveluiden yhdenvertainen saatavuus alueensa asukkaille. Palveluiden tulee olla helposti saatavilla niin ajallisesti kuin maantieteellisestä sijainnistakin huolimatta (Levesque ym., 2013). Oppilaalla tulee olla mahdollisuus tavoittaa kouluterveydenhoitaja myös ilman ajanvarausta (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287, 17§; STM, 2015) ja avoimien vastaanottojen järjestämisestä tarpeen mukaan on korostettu sosiaali- ja terveystarkastuksen valtakunnallisessa valvontaohjelmassa (Valvira, 2015; 2017). Kouluterveydenhuollon palveluiden tulee olla myös vanhemmille helposti ja oikeudenmukaisesti saatavilla (ks. STM & Suomen Kuntaliitto, 2004; WHO, 2014) ja lainsäädäntö velvoittaa niin palveluista tiedottamiseen kuin yhteistyöhön vanhempien kanssa (Valtioneuvoston asetus, 2011/338; Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, 2013/1287).

Nuorten kokema palveluihin pääsy ja vanhempien osallistuminen terveystarkastuksiin heijastavat kouluterveydenhuollon saatavuutta ja mahdollisuutta hakeutua palveluun. Tämän tutkimuksen mukaan noin kuudesosa perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilaista koki pääsyn kouluterveydenhoitajan vastaanotolle vaikeaksi ja alle puolet ilmoitti vanhemman osallistuneen terveystarkastukseen vuosiluokkien 7.–9. aikana. Osuuksissa oli suurta vaihtelua terveystarkastusten ja koulujen välillä, mikä kertoo palvelujen epätasaisesta toteutumisesta eri puolilla maata.

Todennäköisesti suurin osa terveystarkastuksista, joihin vanhemmat olivat nuorten mukaan osallistuneet, olivat laajoja. Osa vaihtelusta voi johtua siitä, ettei kyseistä laajaa terveystarkastusta ollut ehditty järjestää Kouluterveyskyselyn ajankohtaan eli maaliskuuhun mennessä. Tulokset olivat kuitenkin hyvin samankaltaisia niin kahdeksannen kuin yhdeksannen luokan oppilaiden osalta, joilla kyseinen tarkastus olisi pitänyt olla edellisellä vuonna. Myös aiempien selvitysten mukaan laajojen

terveystarkastusten toteutuminen perusopetuksen kahdeksannella luokalla on muita vuosiluokkia harvinaisempaa (Hakulinen ym., 2018, s. 26, 35; Hietanen-Peltola ym., 2019c).

Kouluterveydenhuollon palveluiden alueellinen vaihtelu on tullut esille niin aiemmissa osajulkaisuissa kuin useissa 2000-luvun kansallisissa selvityksissä (ks. Happonen ym., 2010; Korkeakoski, 2005; Rimpelä ym., 2005; Ståhl & Saaristo, 2011; Summanen ym., 2018; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2006; Wiss ym., 2012, Wiss ym., 2017). Kouluterveydenhuollon palveluiden tasa-arvoinen saatavuus on ollut myös kansainvälisesti huolenaiheena (ks. Baltag ym., 2015; Michaud ym., 2021; Seigart ym., 2013; WHO, 2010). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan alueellisia eroja on edelleen palvelujen saatavuutta ja määräaikaistarkastuksia ohjaavasta lainsäädännöstä huolimatta. Kouluterveydenhuollon terveystarkastusten toteutumisessa on ollut alueellista vaihtelua myös Covid19-epidemian aikana (THL, 2022c).

Määräaikaistarkastusten toteutumista ja niistä poisjäävien tuen tarvetta on seurattu kansallisesti (Valtioneuvoston asetus 2011/338, 5 §; Valvira, 2015; 2017; 2021; 2022). Suurin osa terveyskeskuksista on ilmoittanut järjestävänsä kolme laajaa terveystarkastusta perusopetuksen oppilaille (Opetushallitus & THL/TedBM, 2019). Työkäytäntöjen yhteyttä palvelujen saatavuuteen, käyttöön, nuorten kokemaan pääsyyn vastaanotolle sekä vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin tulee pohtia paikallisella tasolla. Kahdeksaluokkalaisten terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen on myös yksi hyvinvointialueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön voimavaroja ja toimenpiteitä kuvaava indikaattori (THL, 2021l).

#### **11.3.4 Kouluterveydenhuollon järjestämistä kuvaavien tekijöiden yhteys palveluiden koettuun saatavuuteen ja vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin (III ja IV)**

Palveluiden järjestämiseen liittyvät tekijät voivat olla yhteydessä palveluihin pääsyyn tai niiden käyttöön (ks. Booth ym., 2004; Tylee ym., 2007; Uhm & Choi, 2020). Esimerkiksi palvelun tuottajan resurssit sekä työn vaatimukset ovat yhteydessä palvelujen käyttöön (ks. Helitzer ym., 2011). Tässä tutkimuksessa selvitettiin kouluterveydenhoitajaresurssin yhteyttä koettuun pääsyyn vastaanotolle ja vanhempien osallistumiseen terveystarkastukseen. Alle kansallisten suositusten (korkeintaan 600 oppilasta/kokoaikainen kouluterveydenhoitaja) olevalla kouluterveydenhoitajan henkilöstömitoituksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys koettuun pääsyyn vain pojilla. Suositusten mukainen kouluterveydenhoitajaresurssi ei ollut yhteydessä vanhempien

osallistumiseen. Resurssien jakautuminen voi kuitenkin vaikuttaa saatavuuteen: esimerkiksi kokopäiväisellä terveydenhoitajalla voi olla suhteessa enemmän käyntejä kuin osa-aikaisella (Telljohann ym., 2004). Tässä tutkimuksessa ei ollut käytettävissä tietoa terveydenhoitajan työajan jakautumisesta tai avovastaanoton osuudesta (ks. Booth ym., 2004).

Suosituksen kouluterveydenhoitajan henkilöstöresurssista täyttää nykyisin 93 prosenttia kouluista (Wiss ym., 2021) ja palvelut ovat saatavilla lähes kaikissa kouluissa (THL & Opetushallitus, 2020). Valtioneuvoston asetuksen (2011/338) sekä oppilasta ja opiskelijahuoltolain (2013/1287) velvoitteet ovat muuttaneet kouluterveydenhuollon palvelua. Terveydenhoitajien arvion mukaan 75 prosenttia työajasta käytetään yksilökohtaiseen, oppilaskohtaiseen asiakastyöhön (Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021, s. 37). Terveystarkastuksen työjärjestelyissä on raportoitu puutteita eikä esimerkiksi laajojen terveystarkastusten toteuttamiseen koeta aina olevan riittävästi aikaa (ks. Hietanen-Peltola ym., 2017). Viimeaikaisissa selvityksissä on esitetty kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitussuosituksen uudelleen arviointia (Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021, s. 35, 98; Wiss ym., 2018).

Palveluihin hakeutumista ja käyttöä voi estää tiedon puute (ks. Booth ym., 2004; Ijadi-Maghsoodi ym., 2018; Tylee ym., 2007; Uhm & Choi, 2020; WHO, 2012). Tiedottamisella voidaan tukea asiakkaiden kykyä tunnistaa palveluiden tarve ja hakeutua niihin sekä tarjota joustavia mahdollisuuksia osallistumiseen. Systemaattiset ja suunnitellut lähestymistavat edistävät vanhempien osallistumista (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Helitzer ym., 2011). Aiemmin vanhempien osallistumisen alueellisten erojen on pohdittu johtuvan esimerkiksi kutsumisen ja aikojen sopimisen käytännöistä (ks. Hietanen-Peltola ym., 2019c). Tämän tutkimuksen mukaan vanhempien kutsuminen laajaan terveystarkastukseen ei ollut tilastollisesti merkittävästi yhteydessä siihen, etteivät vanhemmat osallistuneet. Tarkempaa tietoa kutsumisen tavoista ei ollut saatavilla. Suurin osa kutsuista lienee mennyt koulun sähköisen järjestelmän kautta vanhemmille. Tulokset antavat aiheen pohtia, onko kutsu tavoittanut vanhemmat, onko heillä tarpeeksi tietoa tarkastuksen merkityksestä tai mahdollisuus vaikuttaa ajankohtaan (ks. Kanste ym., 2016; Lam ym., 2014; Silván ym., 2014). Vanhempien kutsumisen merkitystä, tarkastuksesta tiedottamista, heille sopivan ajan hakemista sekä kannustamista osallistumiseen on korostettu jo aiemmin (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, s. 22–24; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola & Pelkonen, 2014, s. 254; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014, s. 142). Samoin palvelusta tiedottamisen yhteyttä nuorten kokemaan pääsyyn vastaanotolle tulisi sekä pohtia paikallisesti että tutkia koko maan tasolla.



### 11.3.5 Nuoren taustaa, terveyttä ja hyvinvointia kuvaavien tekijöiden yhteys palveluiden koettuun saatavuuteen ja vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin (III ja IV)

Osajulkaisujen (III ja IV) mukaan useat yksilötekijät olivat yhteydessä vaikeaksi koettuun pääsyyn kouluterveydenhoitajan vastaanotolle sekä vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin. Huolestuttavaa on, että nuoret, joilla oli terveyteen tai hyvinvointiin liittyviä ongelmia – kuten keskinkertaiseksi tai huonoksi koettu terveys, päivittäisiä oireita tai koulu-uupumusta – kokivat pääsyn vaikeammaksi. Päivittäisiä oireita kokevat ilmoittivat myös useammin, etteivät vanhemmat osallistuneet terveystarkastuksiin. Samoin avun puute oli osalla oppilaista kokonaisvaltaisempi: keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa sekä tuen puute opiskeluvaikeuksiin olivat yhteydessä vaikeaksi koettuun pääsyyn. Viime vuosina on havahduttu kouluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon kykyyn reagoida mielenterveysongelmiin (Ristikari ym., 2018; Valtion nuorisoneuvosto, 2018; Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2017; Hietanen-Peltola, Jahnukainen ym., 2021; Hietanen-Peltola, Vaara ym., 2021, s. 79–89). Oireiden, erityisesti mielenterveyden haasteiden yhteyttä palveluiden koettuun saatavuuteen tulee selvittää tarkemmin ja huomioida kasvava tuen tarve myös henkilöstömitoituksissa.

Tiedetään, että vanhemmat eivät välttämättä osallistu terveystarkastukseen, jos he kokevat nuoren voivan hyvin (ks. Silván ym., 2014). Tämän tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaat tai viikoittain kiusatut nuoret ilmoittivat hieman useammin vanhempien osallistumisesta. On mahdollista, että näiden nuorten vanhemmat kokivat suurempaa tarvetta osallistua, tai terveydenhuollon palvelut ja kouluterveydenhuolto olivat heille tuttuja entuudestaan ja osallistuminen luontevaa. Toisaalta tieto nuoren hyvinvoinnista toisesta lähteestä voi estää osallistumista (ks. Silván ym., 2014), mikä saattaa olla yhteydessä havaintoon siitä, että pienet lapset – ja mitä ilmeisimmin heidän vanhempansa – ovat osallistuneet vähemmän terveystarkastuksiin, jos heidän terveydentilassaan on ollut ongelmia (ks. Gibb ym., 2019).

Kouluterveydenhuollon tehtävänä on muun muassa nuoren kasvun ja kehityksen sekä vanhempien kasvatustyön tukeminen (ks. taulukko 3). Riskikäyttäytymisellä, tässä tutkimuksessa humalajuomisella, ei ollut yhteyttä vaikeaksi koettuun pääsyyn (ks. Bains & Diallo, 2015). Nuoren keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa tai humalajuominen olivat kuitenkin yhteydessä siihen, että vanhemmat eivät olleet osallistuneet terveystarkastukseen. Vanhemmat saattavat jättää osallistumatta tarkastukseen, jos nuori ei toivo sitä tai kokee osallistumisen nolona (ks. Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu ym., 2014; Silván ym., 2014). Tulosten perusteella

terveystarkastuksessa ja myös kutsussa on olennaista tuoda esille tavoite keskustella sekä nuoren että perheen hyvinvoinnista ja mahdollisuudesta saada tukea. Samoin tulee korostaa, että nuorella on mahdollisuus luottamukselliseen keskusteluun ammattilaisten kanssa, mikä tukee palveluiden käyttöä (ks. Booth ym., 2004; Coker ym., 2010; Gleeson ym., 2002; Helitzer ym., 2011; Ijadi-Maghsoodi ym., 2018; Silván ym., 2014).

Palvelujen saatavuutta olisi hyvä pohtia myös nuoren sukupuolen mukaan. Tytöt kokivat pääsyn vastaanotolle poikia vaikeammaksi, mutta toisaalta pojat ilmoittivat tyttöjä useammin, etteivät vanhemmat osallistuneet terveystarkastukseen. Lisäksi nuorten mahdollisuutta keskustella seksuaaliterveydestä kouluterveydenhuollon vastaanotolla tulisi selvittää (ks. Rimpelä ym., 2013, s. 169; Soleimanpour ym., 2010), sillä yhdynnän kokeneet pojat kokivat vaikeaa pääsyä vastaanotolle tyttöjä useammin.

Myös taustatekijät toivat esille eroavaisuuksia tuloksissa. Tytöt, joiden vanhemmilla ei ollut korkeaa koulutusta, kokivat useammin pääsyn vaikeaksi. Samoin vanhempien jääminen pois terveystarkastuksesta oli yleisempää, jos nuoren äidillä oli matala koulutus. Vanhemman työttömyydellä ei kuitenkaan ollut yhteyttä vaikeaksi koettuun pääsyyn tai vanhempien osallistumiseen. Aiempien tutkimusten mukaan perheen erilaiset haasteet, vanhempien matala sosioekonominen asema tai työttömyys ovat olleet yhteydessä lapsen terveystarkastuksista poisjäämiseen (ks. Gibb ym., 2019; Silván ym., 2014; Søndergaard ym., 2008; Wood ym., 2012). Universaalissa, oppilaille ja perheelle maksuttomassa palvelussa perheen taloudellinen asema ei välttämättä vaikuta palvelun käyttämiseen (vrt. Fleming, 2011). Toisaalta Halmeen ym. (2013, s. 70) mukaan työttömät ovat osallistuneet laajoihin terveystarkastuksiin muita useammin. Tämän tutkimuksen tulos antaa viitteitä, että nuoria tai perheitä ei tavoiteta tasa-arvoisesti.

Tarvelähtöinen terveysneuvonta ja tuki on tärkeää. Borupin ja Holsteinin (2004) mukaan erityisesti matalampiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat nuoret ovat hyötynneet keskusteluista kouluterveydenhoitajan kanssa. Terveystarkastus tai tapaaminen avoimella vastaanotolla antaa mahdollisuuden keskustella laajasti hyvinvoinnista ja tuen tarpeista. Perheet ja ammattilaiset kokevatkin hyötyvänsä paljon laajoista terveystarkastuksista (Hakulinen ym., 2018, s. 42–43; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola & Pelkonen, 2014, s. 249–251; Halme ym., 2013, s. 69–70; Hietanen-Peltola ym., 2017). Kokemukset hyödystä voivat kuitenkin vaihdella ammattiryhmittäin (Nikander ym., 2021). On myös totta, että huoltajilla voi olla aktiivista yhteydenpitoa kouluterveydenhuoltoon, vaikka he eivät osallistuisi terveystarkastukseen.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asumismuodolla oli yhteyttä vaikeaksi koettuun pääsyyn vain pojilla, eli sekä äidin että isän kanssa asuvat pojat kokivat vaikeaa

pääsyä muita useammin. Sen sijaan vanhemman osallistuminen terveystarkastukseen oli harvinaisempaa, jos nuori ei asunut yhdessä äidin ja isän kanssa. Mahdollista on, että yhden huoltajan perheessä osallistuminen esimerkiksi keskellä työpäivää on haastavaa. Aiemmin laajoihin terveystarkastuksiin ovat osallistuneet hieman muita useammin vanhemmat, jotka eivät eläneet parisuhteessa (ks. Halme ym., 2013, s. 70).

Syntyperän yhteydestä palvelukokemuksiin saatiin tässä tutkimuksessa tärkeää tietoa. Ulkomaalaistaustaiset nuoret kokivat muita useammin kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeaksi (vrt. Anyon ym., 2013; Fleming, 2011; Harper ym., 2016; Parasuraman & Shi, 2015) tai ilmoittivat harvemmin vanhempien osallistumisesta terveystarkastukseen (ks. Alexander ym., 2013; Moller ym., 2016). Tulokset herättävät huolen kieli- ja kulttuuritaustaltaan vähemmistöihin kuuluvien tavoittamisesta (ks. Schyve, 2007), erityisesti ajatellen heidän kokemiaan haasteita hyvinvoinnille ja avun tarvetta sen myötä (Wikström ym., 2017a; 2017b). Myös turvapaikanhakijoiden kouluterveydenhuollossa on ollut puutteita, esimerkiksi suppeampi palveluvalikoima (Seppälä & Tiittala, 2018). Terveyspalveluun pääsyä tukee sen kulttuurinen ja sosiaalinen hyväksyttävyys (Levesque ym., 2013). Ulkomaalaistaustaisten tasa-arvoista osallistumista voi tukea esimerkiksi huomioimalla kielitaidon sekä kulttuurisen tai kansallisen taustan (Wahlström ym., 2021). Toisaalta yhteinen kielikään ei aina takaa ymmärrystä (ks. Schyve, 2007). Laajoihin terveystarkastuksiin on käytettävissä kutsukirjeet suomeksi ja ruotsiksi (THL, 2021c). Tilastoja niiden tai muunkielisten kutsujen käytöstä ei ole ilmeisesti olemassa. Kouluterveydenhuollon saatavuutta ja kokemuksia ulkomaalaistaustaisten nuorten näkökulmasta tulisi tutkia tarkemmin ja huolehtia esimerkiksi palveluista tiedottamisesta eri kielitaustasta tuleville ymmärrettävällä tavalla.

Viimeaikaisten tulosten mukaan suurin osa nuorista kokee saaneensa kouluterveydenhoitajalta tukea ja apua hyvinvointiin – niin vastaanotolla käyneet kuin myös ne nuoret, joilla ei ollut käyntejä terveydenhoitajalla terveystarkastuksen lisäksi. Tuen puutetta on kuitenkin eniten niillä, jotka eivät olleet päässeet palveluihin yrityksestä huolimatta. (Kivimäki ym., 2020.) Tämän tutkimuksen tavoin useiden yksilötekijöiden on todettu olevan yhteydessä niin palvelujen käyttöön (Suoniemi ym., 2021; Varuhin, 2017) kuin puutteisiin tuen ja avun saamisessa (Halme ym., 2018; Jokela ym., 2020; Kanste, 2019; Nenonen ym., 2020; Välikkilä ym., 2020).

Levesquen ym. (2013) mukaan palveluun pääsyyn vaikuttavat myös yksilön kyky tunnistaa tarve palveluille, etsiä palveluita sekä saavuttaa ne. Kouluterveyskyselyssä ei selvitetty tarkempaa syytä vastaanotolle hakeutumiseen tai montako kertaa nuori oli yrittänyt käydä vastaanotolla. Toisin sanoen tietoa siitä, liittyykö esimerkiksi heikko saatavuuden kokemus useisiin yrityksiin päästä vastaanotolle, ei ollut

käytettävissä. Tiedossa ei myöskään ollut, millaisia mahdollisuuksia tai voimavaroja palveluihin hakeutumiseen nuorilla tai heidän vanhemmillaan oli.

Kokonaisuutena tulokset antavat viitteitä tyydyttämättömästä palveluiden tarpeesta: nuorilla tai heidän vanhemmillaan ei ole yhdenvertaista mahdollisuutta saavuttaa kouluterveydenhuollon palveluita. Palveluiden saatavuus vaatii edelleen seuranta- ja arviointia niin paikallisesti kuin koko maan tasolla. Saatavuutta voidaan arvioida esimerkiksi kouluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä koulu yhteisön hyvinvoinnin tarkastuksessa (ks. Hietanen-Peltola & Pelkonen, 2015), mutta vain vajaa puolet (43 %) tarkastuksen tehneistä peruskouluista ilmoittaa oppilashuollon palveluiden saatavuuden arvioinnin kuuluneen tarkastukseen (Opetushallitus & THL/TedBM, 2020).

## 11.4 Kouluterveydenhuollon tulevaisuuden haasteet

Kouluterveydenhuollon palvelut ja niiden ohjaus ovat kehittyneet 2000-luvulla vahvasti (ks. taulukko 2). Tämän myötä palveluntuottajia on veloitettu niin laajaan suunnitelmallisuuteen kuin palveluiden saatavuuden turvaamiseen. Palveluiden kehittämistä on viime vuosina korostettu myös lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (Aula ym., 2016), hallitusohjelmassa (Valtioneuvosto, 2019) sekä kansallisessa lapsistrategiassa (Valtioneuvosto, 2021a).

Tässä väitöskirjatutkimuksessa todetut puutteet ja alueelliset erot kouluterveydenhuollon palveluiden suunnitelmallisuudessa ja saatavuudessa ovat olleet todellisuutta jo ennen Covid19-epidemiaa. Palvelutarjonnan supistaminen epidemian myötä on tuonut oman haasteensa palveluiden saatavuuteen, niihin hakeutumiseen ja tuen saamiseen. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen vaikuttavat esimerkiksi väestörakenteen muuttuminen ikääntymisen myötä, maaltamuutto (Rissanen, 2019) sekä mielenterveyshäiriöiden yleisyys (Hetemaa ym., 2021). Palvelujen saatavuuden, saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen ovat tavoitteina laajassa sosiaali- ja terveystalouden uudistuksessa, jossa opiskelu- ja kouluterveydenhuollon palvelut – mukaan lukien kouluterveydenhuolto – kootaan hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle (Hallituksen esitys, 2022/19; Valtioneuvosto, 2021b). Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen (STM & Suomen Kuntaliitto, 2004) tavoite koululaisten ja perheiden helposti saatavilla olevasta, suunnitelmallisesta palvelusta on edelleen ajankohdittainen.

## 11.5 Johtopäätökset ja suositukset kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden ja saatavuuden vahvistamiseksi

Tämän tutkimuksen johtopäätökset ja suositukset käytäntöön ovat:

1. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus oli 2000-luvun alussa vajavaista ja terveystarkastusten väliset erot suunnitelmien sekä toimintakertomusten sisällyksessä suuria. Lakisääteisten suunnitelmien laatimista ja toiminnan koordinaatiota voisi tehostaa tiivis, kansallinen malli. Palvelua ohjaavien suunnitelmien tulee olla kirjallisia ja helposti eri toimijoiden saatavilla, ja niistä tulee tiedottaa myös oppilaille ja perheille.
2. Kouluterveydenhuollon käyntimäärät laskivat 2000-luvun alussa informaatio-ohjauksen aikaan samanaikaisesti useissa lasten ja nuorten terveystarkastuksissa. Käyntimäärät vähenivät etenkin lääkärikäyntien osalta ja vaihtelu terveystarkastusten välillä oli suurta.
3. Suurin osa nuorista kokee kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppoksi, mutta koettu vaikea pääsy on yhteydessä useisiin yksilön sosioekonomista taustaa tai hyvinvointia kuvaaviin tekijöihin. Osa nuorista jää todennäköisesti vaille kouluterveydenhuollosta tarvitsemaansa apua, ja palveluiden tasa-arvoinen ja yhdenvertainen saatavuus ei toteudu. Kouluterveydenhuollon avovastaanoton saatavuutta tulee arvioida ja edistää säännöllisesti.
4. Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset tavoittavat vain osan nuorten vanhemmista. Useat yksilötekijät olivat yhteydessä siihen, että vanhemmat eivät osallistuneet tarkastuksiin. Kodin ja kouluterveydenhuollon yhteistyö ei ole riittävää tältä osin, ja vanhempia ei tavoiteta tasa-arvoisesti. Palveluiden saatavuutta voidaan parantaa tarjoamalla joustavia mahdollisuuksia osallistua terveystarkastuksiin sekä tiedottamalla terveystarkastusten merkityksestä perheen ja nuoren hyvinvoinnin kannalta eri kieli- ja kulttuuritaustoista tulevat perheet huomioiden.
5. Kouluterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa on ollut runsaasti vaihtelua terveystarkastusten ja koulujen välillä, mitä palvelun järjestämistä kuvaavat muuttujat eivät täysin selittäneet. Palveluntuottajilla on mahdollisuus toimintaansa arvioimalla pohtia käytäntöjen yhteyttä palvelujen saatavuuteen, käytöön, nuorten kokemaan pääsyyn vastaanotolle sekä vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin. Tämä arviointi tulee huomioida toiminnan suunnittelussa.

## 11.6 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen jatkotutkimusaiheet ovat:

1. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta tulee seurata ja arvioida säännöllisesti koko maan tasolla. Tulevaisuudessa tulee selvittää, miten suunnitelmallinen johtaminen ohjaa palvelua ja on yhteydessä esimerkiksi yhdenvertaiseen toteutukseen, saatavuuteen ja resurssien kohdentamiseen.
2. Kouluterveydenhuollon käyntimääriä koskeva tutkimus on aiheellista toisintaa, ja yhteys muihin lasten ja nuorten palveluiden käyntimääriin tulisi selvittää saatavuuden kokonaiskuvan saamiseksi. Tutkimusta tarvitaan myös eri taustoista tulevien tai erilaisia oireita kokevien lasten ja nuorten käyntimääristä sekä palvelun tarpeisiin vastaavuudesta. Tarkastelua yhdenvertaisuuden näkökulmasta tarvitaan myös Covid19-epidemian vaikutusten arvioimiseksi.
3. Kouluterveydenhoitajan työajan jakautumista, avovastaanoton ja sähköisten palveluiden käytäntöjä ja yhteyttä palvelujen koettuun saatavuuteen sekä vanhempien osallistumiseen terveystarkastuksiin tulisi selvittää tarkemmin.
4. Kouluterveydenhuollon ja kodin yhteistyöstä, kuten palveluista tiedottamisesta, vanhempien kutsumisesta terveystarkastuksiin sekä heidän mahdollisuuksistaan vaikuttaa tarkastuksen ajankohtaan tarvitaan lisää tietoa. Myös palveluiden kulttuurisesta ja sosiaalisesta hyväksyttävyydestä tarvitaan tutkimusta. Tutkimuksessa tulee selvittää erilaisista taustoista tulevien lasten, nuorten ja vanhempien kokemuksia kouluterveydenhuollosta ja palveluihin pääsystä.
5. Kouluterveydenhuollon palvelujen alueellisesta vaihtelusta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä tarvitaan tutkimusta yhdenvertaisen saatavuuden saavuttamiseksi ja palvelujärjestelmän muutosten vaikutusten arvioimiseksi.

## 12 LÄHTEET

- Aalto-Setälä, T., Huikko, E., Appelqvist-Schmidlechner, K., Haravuori, H. & Marttunen, M. (2020). *Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa. Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön.* (Ohjaus 6/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-547-6>
- Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kiviruusu, O. (2021). *Pandemia ja nuorten mielenterveys – Koulu-terveyskysely 2021* (Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-738-8>
- Alexander, K. E., Brijnath, B. & Mazza, D. (2013). Parents' decision making and access to preventive healthcare for young children: applying Andersen's Model. *Health Expectations*, 18(5), 1256–1269. <https://doi.org/10.1111/hex.12100>
- Anyon, Y., Moore, M., Horevitz, E., Whitaker, K., Stone, S. & Shields, J. P. (2013). Health risks, race, and adolescents' use of school-based health centers: policy and service recommendations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(4), 457-468. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9356-9>
- Arenson, M., Hudson, P. J., Lee, N. & Lai, B. (2019). The Evidence on School-Based Health Centers: A Review. *Global Pediatric Health*, 6(2019), 1–10. <https://doi.org/10.1177/2333794X19828745>
- Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaatamisesta 1976/6.* Helsingissä 16.1.1976. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1976/19760006>
- Aula, M. K., Juurikkala, V., Kalmari, H., Kaukonen, P., Lavikainen, M. & Pelkonen, M. (2016). *Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Kärkibanke* (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:29). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3813-7>
- Bains, R. M. & Diallo, A. F. (2015). Mental Health Services in School-Based Health Centers: Systematic Review. *The Journal of School Nursing*, 32(1), 8–19. <https://doi.org/10.1177/1059840515590607>
- Baltag, V. & Levi, M. (2013). Organizational models of school health services in the WHO European Region. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 733–746. <http://dx.doi.org/10.1108/JHOM-08-2011-0084>
- Baltag, V., Pachyna, A. & Hall, J. (2015). Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*, 2(4), 268–283. <http://doi.org/10.14485/HBPR.2.4.4>
- Bardy, M., Salmi, M. & Heino, T. (2001). *Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun* (Raportteja 263). Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75472/Ra263-MikaLapsiamme.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>

- Booth, M. L., Bernard, D., Quine, S., Kang, M. S., Usherwood, T., Alperstein, G. & Bennett, D. L. (2004). Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *Journal of Adolescent Health* 34(1), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.06.011>
- Borup, I. & Holstein, B.-E. (2004). Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 343–350. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00302.x>
- Busch, V., De Leeuw, J. R. J., De Harder, A. & Schrijvers, A. J. P. (2013). Changing multiple adolescent health behaviors through school-based interventions: A review of the literature. *Journal of School Health*, 83(7), 514–523. <https://doi.org/10.1111/josh.12060>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Parent Engagement: Strategies for Involving Parents in School Health*. U.S. Department of Health and Human Services. [https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/parent\\_engagement\\_strategies.pdf](https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/parent_engagement_strategies.pdf)
- Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A. & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: the perspectives of adolescents and parents. *Journal of Adolescent Health*, 47(2), 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.01.005>
- Dunfee, M. N. (2020). School-based health centers in the United States: roots, reality and potential. *Journal of School Health*, 90(8), 665–670. <https://doi.org/10.1111/josh.12914>
- Elgar, F. J., Pfortner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M. & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385(9982), 2088–2095. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4)
- Ellonen, N. & Kaakinen, M. (2021). Monitasomallit. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Noudettu 7.11.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/regressio/monitasomallit/>
- Erikoissairaanhoidotaki 1989/1062*. Annettu Helsingissä 1.12.1989. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062>
- Fleming, R. (2011). Use of school nurse services among poor ethnic minority students in the urban pacific northwest. *Public health nursing*, 28(4), 308–316. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00929.x>
- Ford, C. A., Davenport, A. F., Meier, A. & McRee, A.-L. (2011). Partnerships between parents and health care professionals to improve adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 49(1), 53–57. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.10.004>
- France, J. (2014). Using texts to increase access to school nurses. *Nursing Times*; 110(13), 18–19.
- Frantsi-Lankia, M., Kivimäki, H., Wiss, K., Saaristo, V., Ståhl, T., & Rimpelä, A. (2018). Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja yhtenäinen taso kouluterveydenhuollon toimintaohjelmien valossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 55(2), 106–116. <https://doi.org/10.23990/sa.70262>
- Frantsi-Lankia, M., Saaristo, V., Ståhl, T. & Rimpelä, A. (2021). Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja sen muutos 2012–2018 toimintaohjelmien ja henkilöstövoimavarojen näkökulmasta. *Yleislääkäri*, 36(3), 19–26. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202106145874>
- Gibb, S., Milne, B., Shackleton, N., Taylor, B. J. & Audas, R. (2019). How universal are universal preschool health checks? An observational study using routine data from



- New Zealand's B4 School Check. *BMJ Open*, 9(4), Article e025535. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025535>
- Gleeson, C. R., Robinson, M. B. & Neal, R. D. (2002). A review of teenagers' perceived needs and access to primary health care: implications for health services. *Primary Health Care Research and Development*, 3(3), 184–193. <https://doi.org/10.1191/1463423602pc109oa>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. & Hudson, M. (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Vaara, S., Jahnukainen, J. & Varonen P. (2020). ”Pahin sykyä ikinä”: Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronasyksynä 2020 (Työpöpaperi 37/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-579-7>
- Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., Ervasti, E. & Vaara, S. (2021). *Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut koronavuonna 2020* (Tutkimuksesta tiivistä 66/2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-760-9>
- Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J. & Vaara, S. (2022). *Poikkeavat olosuhteet – tutut palvelut: Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon seuranta-tutkimus 2021* (Raportti 5/2022). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-890-3>
- Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Merikukka, M. & Pelkonen, M. (2018). *Ajanmukaiset käytännöt ja pitkät perinteet neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Palvelujen seuranta-tutkimus 2016–2017* (Raportti 11/2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-190-4>
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Bloigu, A. & Pelkonen, M. (2014). *Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto – Valtakunnallinen seuranta 2012* (Raportti 12/2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-159-4>
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. (2012). *Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon* (Opas 22). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M. & Pelkonen, M. (2014). Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto perheen tukena. Teoksessa J. Lammi-Taskula & S. Karvonen (toim.), *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014* (Teema 21) (s. 242–256). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-270-6>
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva A. (2005). *Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa* (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224055>
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kansanterveyslain muuttamisesta HE 2005/96*. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2005/20050096>
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi HE 2022/19*. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2022/20220019.pdf>
- Halme, N., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. (2013). Laajat terveystarkastukset vanhempien näkökulmasta. Teoksessa M. Pelkonen, T. Hakulinen-Viitanen, M. Hietanen-Peltola & T. Puumalainen (toim.),

- Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti* (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:36) (s. 68–74). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3452-8>
- Halme, N., Hedman, L., Ikonen, R. & Rajala, R. (2018). *Lasten ja nuorten hyvinvointi 2017: Kouluterveyskyselyyn tuloksia* (Työpaperi 15/2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-115-7>
- Happonen, H., Saaristo, V., Rimpelä, A. & Rimpelä, M. (2010). Kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset vuonna 2007. *Suomen lääkärilehti*, 65(16), 1435–1442. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2010/SLL162010-1435.pdf>
- Harper, C. R., Liddon, N. & Dunville, R. (2016). High school students' self-reported use of school clinics and nurses. *The Journal of School Nursing*, 32(5), 324–328. <https://doi.org/10.1177/1059840516652454>
- Heck, R. H., Thomas, S. L. & Tabata, L. N. (2012). *Multilevel modeling of categorical outcomes using IBM SPSS*. Quantitative methodology series. Routledge.
- Helitzer, D. L., Sussman, A. L., de Hernandez, B. U. & Kong, A. S. (2011). The ”ins” and ”outs” of provider-parent communication: perspectives from adolescent primary care providers on challenges to forging alliances to reduce adolescent risk. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 404–409. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.020>
- Hermansson, E. & Lommi, A. (2009). Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle. *Suomen Lääkärilehti*, 64(11), 1009–1015. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/maahanmuuttajataustaiset-nuoret-haaste-kouluterveydenhuollolle/>
- Hetemaa, T., Kannisto, R., Knape, N., Ridanpää, H., Rintala, E., Rissanen, P., Suomela, T. & Syrjänen, T. (2021). *Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2019: Asiantuntija-arvio. Tiedosta arviointiin, tavoitteen paremmat palvelut. Kansallinen seuranta-arvio. (Päätösten tueksi 1/2021)*. THL:n asiantuntijaryhmä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-630-5>
- Hietanen-Peltola, M. & Hakulinen, T. (2022). *Kirjaamisopas. Rakenteinen kirjaaminen: Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto* (Versio 1.2., 6/2022). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022062349075>
- Hietanen-Peltola, M., Hakulinen, T., Vaara, S., Merikukka, M. & Pelkonen, M. (2017). *Laa-joista terveystarkastuksista hyötyvät sekä perheet että kouluterveydenhuollon henkilöstö - ammattilaisten kokemuksia* (Tutkimuksesta tiiviisti 22/2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-905-7>
- Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., Laitinen, K. & Vaara, S. (2022). *Oppilaiden ja opiskelijoiden kasvavat ongelmat ja koronan heikentämät palvelut edelleen arkea opiskeluhuoltopalveluissa: OPA 2022 -seurannan tuloksia* (Tutkimuksesta tiiviisti 32/2022). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-898-9>
- Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., Vaara, S., Kivimäki, H. & Ervasti, E. (2021). *Asiointi ja avunsaanti perusopetuksen opiskeluhuoltopalveluissa: Kouluterveyskysely 2021* (Tutkimuksesta tiiviisti 53/2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-734-0>
- Hietanen-Peltola, M. & Korpilahti, U. (toim.) (2015). *Terveellinen, turvallinen ja hyvinvoiva oppilaitos: Opas ympäristön ja yhteisön monialaiseen tarkastamiseen* (Ohjaus 7/2015). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-505-9>

- Hietanen-Peltola, M., Laitinen, K., Autio, E. & Palmqvist, R. (2018). *Yhteisestä työstä hyvinvointia: opiskeluhuoltoryhmä perusopetuksessa* (Ohjaus 9/2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-137-9>
- Hietanen-Peltola, M. & Pelkonen, M. (2015). Opiskeluhoito terveellisuuden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin tukena. Teoksessa M. Hietanen-Peltola & U. Korpilahti (toim.), *Terveellinen, turvallinen ja hyvinvoiva oppilaitos: Opas ympäristön ja yhteisön monialaiseen tarkastamiseen* (Ohjaus 7/2015) (s. 59–61). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-505-9>
- Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M. & Kunnttu, K. (2015). Psykososiaalinen hyvinvointi. Teoksessa M. Hietanen-Peltola & U. Korpilahti (toim.), *Terveellinen, turvallinen ja hyvinvoiva oppilaitos: Opas ympäristön ja yhteisön monialaiseen tarkastamiseen* (Ohjaus 7/2015) (s. 33–36). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-505-9>
- Hietanen-Peltola, M., Rautava, M., Laitinen, K. & Autio, E. (toim.). (2019a). *Kohtaaminen keskeisessä - Lapsi- ja nuorisolähtöisyys opiskeluhuollon palveluissa* (Ohjaus 2/2019) (s. 69–75). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-307-6>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Hakulinen, T. & Hastrup, A. (2020). *Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronakeväänä 2020: Tuloksia kouluterveydenhuollon verkoston ja perhekeskusverkoston tiedokernista* (Työpaperi 26/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-521-6>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Hakulinen, T. & Merikukka, M. (2019b). *Tuen järjestäminen ja yhteistyö kouluterveydenhuollossa: työn edellytyksissä kehitettävää* (Tutkimuksesta tiiviisti 27/2019). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-376-2>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Hakulinen, T. & Merikukka, M. (2019c). *Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset – sisällöt yksilöllisiä, järjestämistavat vaihtelevat* (Tutkimuksesta tiiviisti 26/2019). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-375-5>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Jahnukainen, J. & Laitinen, K. (2021). *Voimavarana yhteistyö: Opiskeluhuoltopalvelujen seuranta OPA 2020 perusopetus* (Raportti 4/2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-654-1>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Laitinen, K. & Jahnukainen, J. (2020). *Etäkoulu beikensi avun ja tuen saantia opiskeluhuollosta – myös kuraattori- ja psykologipalveluissa* (Tutkimuksesta tiiviisti 40/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-605-3>
- Iivonen, E. & Laitinen, K. (2019). Lapsen oikeudet opiskeluhuollon perustana. Teoksessa M. Hietanen-Peltola, M. Rautava, K. Laitinen & E. Autio (toim.), *Kohtaaminen keskeisessä - Lapsi- ja nuorisolähtöisyys opiskeluhuollon palveluissa* (Ohjaus 2/2019) (s. 69–75). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-307-6>
- Ijadi-Maghsoodi, R., Bonnet, K., Feller, S., Nagarani, K., Puffer, M. & Kataoka, S. (2018). Voices from minority youth on help-seeking and barriers to mental health services: partnering with school-based health centers. *Ethnicity & Disease*, 28(2), 437–444. <https://doi.org/10.18865/ed.28.S2.437>
- Ikonen, R., Eriksson, P. & Heino, T. (2020). *Sijoitettujen lasten ja nuorten hyvinvointi ja palvelukokemukset: Kouluterveyskyselyyn tuloksia* (Työpaperi 35/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-570-4>
- Jokela, S., Luopa, P., Hyvärinen, A., Ruuska, T., Martelin, T. & Klemetti, R. (2020). *Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskyselyyn tuloksia 2019*

- (Työpaperi 38/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-580-3>
- Jokinen, N. (2017). *Huoltajien osallistuminen kahdeksaluokkalaisten laajoihin terveystarkastuksiin Heinolassa lukuvuonna 2015–2016*. [Opinnäytetyö, Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto]. Theseus, ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017060612615>
- Jormanainen, V. (2021). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa käynnit. Teoksessa J. Honkatukia, V. Härmä, M. Jokela, V. Jormanainen, L. Kestilä & P. Rissanen (toim.), *Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen* (THL:n seurantaraportti, viikot 47–48/2021, 8.12.2021) (s. 8–9). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202101121563>
- Kaakinen, M. & Ellonen, N. (2021a). Regressioanalyysi. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Noudettu 7.11.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/regressio/analyysi/>
- Kaakinen, M. & Ellonen, N. (2021b). Logistinen regressio. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Noudettu 7.11.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/regressio/logistinen/>
- Kansanterveysasetus 1992/802*. Annettu Helsingissä 21.8.1992. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920802>
- Kansantervelaki 1972/66*. Annettu Helsingissä 28.1.1972. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>
- Kanste, O. (2019) Subjective unmet needs for school health services among adolescents with different disabilities: a population-based study in Finland. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1346–1355. [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5\\_kanste\\_original\\_12\\_3\[20350\].pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5_kanste_original_12_3[20350].pdf)
- Kanste, O., Halme, N. & Perälä, M-L. (2016). *Vuodesluokkalaisten oppilaiden vanhempien näkemyksiä hyvinvoinnista, palveluista ja kouluhyteisistä* (Raportti 1/2016). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-622-3>
- Karvonen, S., Kestilä, L. & Kauppinen, T. M. (2019). Nuorten kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018* (Teema 31) (s. 228–245). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Kellar, S. & Kelvin, E. A. (2013). *Munro's Statistical methods for health care research* (6th edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kivimäki, H., Hietanen-Peltola, M. & Ikonen, R. (2020). *Opiskeluhoitopalveluiden käyttö ja saavuus perusopetuksen oppilaiden kokemana: Kouluterveyskysely 2019* (Tutkimuksesta tiiviisti 39/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-603-9>
- Kivimäki, H., Saaristo, V., Kosunen, E., Rimpelä, A., Wiss, K. & Rimpelä, M. (2007a). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit 1994–2005 – Toteutuiko tasa-arvo terveyskeskusten välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 44(4), 207–215. <https://journal.fi/sla/article/view/578>
- Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, M. (2007b). Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. *Suomen Lääkärilehti*, 62(1–2), 61–67. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2007/SLL12007-61.pdf>

- Knopf, J. A., Finnie, R. K. C., Peng, Y., Hahn, R. A., Truman, B. I., Vernon-Smiley, M., Johnson, V. C., Johnson, R. L., Fielding, J. E., Muntaner, C., Hunt, P. C., Jones, C. P., Fullilove, M. T. & the Community Preventive Services Task Force. (2016). School-Based Health Centers to advance health equity: a community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(1), 114–126. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.01.009>
- Kokko, S. (toim.). (1993). *Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta* (Aiheita 42/1993). STAKESin lasten ja nuorison terveyspalveluiden asiantuntijaryhmä. Stakes.
- Korkeakoski, E. (2005). *Koulutuksen perusturva ja oppimisen tuki perusopetuksessa. Osaraportti 2: Tausta ja tulokset* (Koulutuksen arviointineuvoston julkaisuja 9). Koulutuksen arviointineuvosto. Jyväskylä.
- Korppi-Tommola, A. (1990). *Terve lapsi – kansan Suomen*. Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920–1990. Mannerheimin lastensuojeluliitto.
- Kuntsche, S. & Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use – A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 45(2016), 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.004>
- Laakso, J. (1998). Kouluterveydenhuolto hoitoketjussa. *Suomen Lääkärilehti* 53(35), 4107–4110. <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/kouluterveydenhuolto-hoitoketjussa>
- Laakso, J. (2002). Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityispätevyys perustettu. *Suomen Lääkärilehti*, 57(22), 2472–2474. <https://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/lastenneuvola-ja-kouluterveydenhuoltotyon-erityispatevyys-perustettu/>
- Laki kansakoulujen lääkärintoimesta 1952/362*. Annettu Helsingissä 31.10.1952. Suomen asetuskokoelma. N:o 362. <https://www.eduskunta.fi/pdf/saadokset/362-1952.PDF>
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2007/626*. Annettu Helsingissä 25.5.2007. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070626>
- Laki kannallisista terveysissarisista 1944/220*. Annettu Helsingissä 31.3.1944. Suomen asetuskokoelma. N:o 220. 1944. <https://www.eduskunta.fi/pdf/saadokset/220-1944.PDF>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734*. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>
- Lam, W., Wu, S. T. C. & Fowler, C. (2014). Understanding parental participation in health promotion services for their children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 37(4), 250–264. <https://doi.org/10.3109/01460862.2014.951132>
- Lastensuojelulaki* 13.4.2007/417. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Latikka, A.-M., Perälä, M.-L., Hemminki, E. & Taskinen, S. (1995). Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. *Suomen Lääkärilehti*, 50(4), 349–353. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/kouluterveydenhuollon-muutokset-1992-1994/>
- Lefcheck, J. S. (2016). PiecewiseSEM: Piecewise structural equation modeling in R for ecology, evolution, and systematics. *Methods in Ecology and Evolution*, 7(5), 573–579. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12512>
- Leroy, Z., Wallin, R. & Lee, S. (2017). The role of School Health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: a systematic review. *The Journal of School Nursing*, 33(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/1059840516678909>

- Levesque, J-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Luopa, P., Kivimäki, H., Matikka, A., Vilkki, S., Jokela, J., Laukkarinen, E. & Paananen, R. (2014). *Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyn tulokset* (Raportti 25/2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5>
- Luopa, P., Räsänen, M., Jokela, J. & Rimpelä, M. (2005). *Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset tulokset vuosina 1999–2004* (Aiheita 12/2005). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201211019579>
- Länsi-Suomen lääninhallitus. (2001). *Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen alueellinen arviointi 2000 Länsi-Suomen läänissä* (Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja 5/2001). Länsi-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveystoimisto.
- Lääkintöhallitus. (1972). *Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta* (DNo 9927/522/72, 13.9.1972). Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallitus. (1981). *Ohjeet kouluterveydenhuollosta*. (Lääkintöhallituksen ohjekirje DNo 1392/02/81, 1.4.1981). Lääkintöhallitus.
- Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. (2012). Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49(1), 4–12. <https://journal.fi/sla/article/view/9341>
- Mason-Jones, A. J., Crisp, C., Momberg, M., Koech, J., De Koker, P. & Mathews, C. (2012). A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health. *Systematic Reviews*, 1, Article 49. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-49>
- Matikka, A., Luopa, P., Kivimäki, H., Jokela, J. & Paananen, R. (2014). *Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9. –luokkalaisten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2013* (Raportti 26/2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-297-3>
- Merikukka, M. (2020). *Lapsuuden elinolojen yhteydet aikuisuuden hyvinvointiin: Kansallinen syntymäkohortti 1987-rekisteritutkimus* (Universitatis Ouluensis D 1558) [Väitöskirja, Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos]. Jultika, Oulun yliopiston julkaisuarkisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526225302>
- Michaud, P.-A., Vervoort, J. P. M., Visser, A., Baltag, V., Reijneveld, S. A., Kocken, P. L. & Jansen, D. (2021). Organization and activities of school health services among EU countries. *European Journal of Public Health*, 31(3), 502–508. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa200>
- Moller, S. P., Hjern, A., Andersen, A-M. N. & Norredam, M. (2016). Differences in uptake of immunisations and health examinations among refugee children compared to Danish-born children: a cohort study. *European Journal of Pediatrics*, 175(4), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2663-9>
- Mäenpää, T. (2008). *Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö – Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteistyöstä* (Acta Universitatis Tamperensis 1327) [Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, hoitotiede, lääketieteellinen tiedekunta]. Trepo. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7366-1>
- Mäenpää, T. & Åstedt-Kurki, P. (2008). Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 86–92. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00527.x>

- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen, T. & Laatikainen T. (toim.) (2017). *Terveystarkeastukset lastenmoolassa ja kouluterveydenhuollossa: menetelmäkäsikirja* (Opas 14/2017) (4. uudistettu painos). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-964-4>
- Mölläri, K. & Saukkonen, S-M. (2017). *Avobilmo: Perusterveydenhuollon avoboidon ilmoitus 2018: Määrittelyt ja ohjeistus* (Ohjaus 20/2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-925-5>
- Nenonen, T., Heino, M., Hedman, L. & Klemetti, R. (2020). *Lapset ja nuoret perheenjäsenten boivaajina: Kouluterveyskyselyyn 2019 tuloksia* (Tutkimuksesta tiiviisti 24/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-548-3>
- Nikander, K., Hermanson, E., Vahlberg, T., Kaila, M., Sannisto, T. & Kosola, S. (2021). Associations between study questionnaire-assessed need and school doctor-evaluated benefit of routine health checks: an observational study. *BMC Pediatrics*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02810-0>
- Nokkala, A. (2012). *Vanhempien osallistuminen lastensa kahdeksannen luokan laaja-alaiseen terveys- tarkastukseen* [Opinnäytetyö, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyö]. Theseus, ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012111815477>
- Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. (2019). *Tilastollisten menetelmien perusteet*. Sanoma Pro.
- Oikeuskanslerinvirasto. (2007). *Kouluterveydenhuollon toteutuminen* (Päätös 13.2.2007, Dnro 6/50/06). Apulaisoikeuskansleri.
- Oikeuskanslerinvirasto. (2010). *Perusopetuslain mukaisen oppilasbuollon toteutuminen peruskouluissa*. (Päätös 22.2.2010, Dnro OKV/1/50/2009). Valtioneuvoston oikeuskansleri. Opetusministeriö. Helsinki.
- Oikeuskanslerinvirasto. (2012). *Perusopetuslain mukaisen oppilasbuollon toteutuminen peruskouluissa*. (Päätös 30.1.2012, Dnro OKV/6/50/2011). Valtioneuvoston oikeuskansleri. Opetusministeriö.
- Opetushallitus. (2014). *Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014* (Määräykset ja ohjeet 2014:96) (4. painos). [https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen\\_opetussuunnitelman\\_perusteet\\_2014.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf)
- Opetushallitus & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/TedBM. (2014, huhtikuun 29.). *Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2013* (Perustaulukot). <https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/21>
- Opetushallitus & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/TedBM. (2016, toukokuun 2.). *Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2015 -tiedonkeruun kysymyskohtaiset perustaulukot*. <https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/54>
- Opetushallitus & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/TedBM. (2018, syyskuun 25.). *Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2017-tiedonkeruun perustaulukot*. [https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/151/Peruskoulutiedonkeruun\\_perustaulukot\\_2017](https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/151/Peruskoulutiedonkeruun_perustaulukot_2017)
- Opetushallitus & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/TedBM. (2019, elokuun 7.). *Terveydenedistämistäivius (TEA) perusterveydenhuollossa 2018-tiedonkeruun perustaulukot*. [https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/187/Perusterveydenhuollon\\_perustaulukot\\_2018](https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/187/Perusterveydenhuollon_perustaulukot_2018)
- Opetushallitus & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/TedBM. (2020, elokuun 12.). *Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2019-tiedonkeruun perustaulukot*. [https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/287/Peruskoulujen\\_perustaulukot\\_2019](https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/287/Peruskoulujen_perustaulukot_2019)

- Opetusministeriö. (2002). *Oppilaan hyvinvointi ja oppilashuolto* (Opetusministeriön työryhmien muistioita 2002:13). Perusopetuksen ja toisten asteen koulutuksen oppilashuoltotyöryhmä. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80886/opmtr13.pdf>
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 2013/1287*. Annettu Helsingissä 30.12.2013. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287>
- Paakkonen, T. (2012). *Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeaboitoisuuden näkökulmasta*. (No 36) [Dissertations in Social Sciences and Business Studies, Publications of the University of Eastern Finland] Erepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0660-1>
- Paavola, A. (2008). *Lasten ja nuorten elinoloja koskevat tilastot ja muut tietolähteet* (Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 3:2008). Lapsiasiavaltuutetun toimisto. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://lapsiasia.fi/documents/25250457/37284233/elinolot.pdf/9bd0f1c7-4c31-3ea1-81ab-42b85a1886fb/elinolot.pdf?t=1428577150000>
- Parasuraman, S. R. & Shi, L. (2015). Differences in access to care among students using School-Based Health Centers. *The Journal of School Nursing*, 31(4), 291–299. <https://doi.org/10.1177/1059840514556180>
- Patio. (2015). *Millainen on nuorten mielenterveys ja miten he käyttävät opiskeluhuoltopalveluja ja kokevat niiden saavutettavuuden?* (Opiskeluhuollon saavutettavuus. Valtakunnallinen arviointi.) Aluehallintovirasto. <https://www.patio.fi/web/pepa-2015-valtakunnallinen/opiskeluhuollon-saavutettavuus>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., . . . Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and well-being. *Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00579-1)
- Perälä, M.-L., Hietanen-Peltola, M., Halme, N., Kanste, O., Pelkonen, M., Peltonen, H., Huurre, T., Pihkala, J. & Heiliö, P.-L. (2015). *Monialainen opiskeluhuolto ja sen johtaminen*. (Opas 36/2015). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-292-8>
- Perälä, M.-L., Salonen, A., Halme, N. & Nykänen, S. (2011). *Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma* (Raportti 36/2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085199>
- Pommier, J., Jourdan, D., Berger, D., Vandoorne, C., Piorecka, B. & De Carvalho, G. S. (2010). School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries. *European Journal of Public Health*, 20(2), 182–188. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp117>
- R Core Team. (2021). The R Project for Statistical Computing. Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Rautava, K. (2013). *”Enemminkin tiedotusta olisi voinut olla...”: Vanhempien odotuksia ja kokemuksia yläkoulun kouluterveydenhuollosta* [Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto] Theseus, ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013111417084>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90(2013), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>



- Rimpelä, A., Caan, W., Bremberg, S., Wiegiersma, P. A. & Wolfe, I. (2013). Schools and the health of children and young people. Chapter six. Teoksessa I Wolfe & M McKee (toim.), *European Child Health Services and Systems: Lessons without borders* (s. 146-182). European Observatory on Health System and Policies Series. Open University Press. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf)
- Rimpelä, M., Happonen, H., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, A. (2008). *Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2008* (Raportteja 40/2008). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194322>
- Rimpelä, M., Kivimäki, H., Wiss, K., Kosunen, E., Saaristo, V. & Rimpelä, A. (2006). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947–2004. Teoksessa E. Hiltunen (toim.), *Terveydenhuollotutkimuksen päivät 2006: Yksilö vai rakenteet. Kuopio 5.-6.10.2006. Tutkimuspaperit* (Työpapereita 26/2006) (s. 136–138). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194179>
- Rimpelä, M., Metso, T., Saaristo, V. & Wiss, K. (2008). *Vanhempainyhdistysten ja huoltajien osallisuus peruskoulun ja sen oppilashuollon kehittämisessä* (Stakesin raportteja 29/2008). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194283>
- Rimpelä, M., Ojajarvi, A., Luopa, P. & Kivimäki, H. (2005). *Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto: Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille* (Työpapereita 1/2005). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193837>
- Rimpelä, M., Pietikäinen, M., Hakulinen-Viitanen, T. & Wiss, K. (2008). Lasten ja nuorten ehkäisevät palvelut. Teoksessa Pekurinen M, Räikkönen O & Leinonen T. *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008* (Stakesin raportteja 38/2008) (s. 31–41). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194208>
- Rimpelä, M. & Rimpelä, A. (2008). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus ja vaihtavuus. Teoksessa U. Ashorn & J. Lehto. (toim.), *Tutkijajapubeenvuoroja terveydenhuollosta* (s. 30–49). Stakes. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-33-2242-7>
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K., Kivimäki, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. (2006). *Terveyden edistäminen kannan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle*. Stakes ja Tampereen yliopiston terveystieteiden laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194160>
- Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Happonen, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. (2007). *Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007* (Työpapereita 32/2007). Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193833>
- Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Kivimäki, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. (2006). *Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, syksy 2005: perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle*. Stakes/KHS-ryhmä ja Tampereen yliopisto/KERTTU-tutkimusohjelma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2012112910095>
- Rissanen, P. (toim.), (2019). *Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa: Asiantuntija-arvio, syksy 2018. Tiedosta arviointiin: tavoitteena paremmat palvelut* (Päätösten tueksi 2019:2). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-298-7>
- Ristikari, T., Keski-Säntti, M., Sutela, E., Haapakorva, P., Kiilakoski, T., Pekkarinen, E., Kääriälä, A., Aaltonen, M., Huotari, T., Merikukka, M., Salo, J., Juutinen, A., Pesonen-Smith, A. & Gissler, M. (2018). *Suomi lasten kasvuympäristönä: Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä* (Raportti 7/2018. Julkaisuja 210). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-152-2>

- Saarinen, A. (2020). *Normiohjauksen toimeenpano kouluterveydenhuollossa* [Pro gradu -tutkielma, hallintotieteiden maisteriohjelma, johtamisen ja talouden tiedekunta, Tampereen yliopisto.] Trepo. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202001191393>
- Saaristo, V. (2006). *Vastaanottokäyntien määrän selittäminen kouluterveydenhuollossa* [Pro gradu -tutkielma, tilastotiede, informaatiotieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto] Trepo. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-16448>
- Salonen, P., Aromaa, M., Rautava, P., Suominen, S., Alin, J. & Liuksiala, P-R. (2004). Miten suomalainen koululainen voi? - Viidennen luokan laajennetun terveystarkastuksen keskeisiä löydöksiä. *Duodecim* 120(5), 563-569. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/5/duo94136>
- Sariola, S. (2000). Suomen Koulu- ja Nuorisolääketiiteen Yhdistyksen Hallituksen kannanotto: Hyvän kouluterveydenhuollon edellytykset. *Suomen Lääkärilehti* 55(39), 3940–3941. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/suomenkoulu-ja-nuorisolaaketieteen-yhdistyksen-hallituksen-kannanotto-hyvan-kouluterveydenhuollon-edellytykset/>
- Schyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 360–361. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0365-3>
- Seigart, D., Dietsch, E. & Parent, M. (2013). Barriers to providing school-based health care: International case comparisons. *Collegian*, 20(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2012.03.003>
- Seppälä, E. & Tiittala, P. (2018). *Turvapaikanhakijoiden neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto-palveluiden toteutuminen vuonna 2017* (Tutkimuksesta tiiviisti 4/2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-076-1>
- Siivola, U. (1985). *Terveyssisar kansanterveystyössä*. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY.
- Silliman, M. (2017). *Targeted Funding, Immigrant Background, and Educational Outcomes: Evidence from Helsinki's "Positive Discrimination" Policy* (VATT Working Papers 91). Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT Institute for Economic Research. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-274-198-1>
- Silvan, A., Joronen, K. & Koivula, M. (2014). Miksi vanhemmat eivät osallistu yläkoululaisten terveystarkastuksiin? *Hoitotiede* 26(4), 250–261.
- Solantaus, T., & Paavonen, E. J., (2009). Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Katsaus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125(17), 1839–1844. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98270>
- Soleimanpour, S., Geierstanger, S. P., Kaller, S., McCarter, V. & Brindis, C. D. (2010). The role of school health centers in health care access and client outcomes. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1597–1603. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.186833>
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira. (2012). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014* (Valvontaohjelmia 1:2012, Dnro 349/05.00.04/2011).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira. (2015). *Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019* (Valvontaohjelmia 1:2016, Dnro 10479/05.00.00.03/2015).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira. (2017). *Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019 – päivitys vuodelle 2018* (Valvontaohjelmia 1:2018, Dnro V/49978/2017).

- Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira. (2021). *Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023. Päivitys vuodelle 2021* (Valvontaohjelmia 1:2020, Dnro V/960/2021).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira. (2022). *Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023. Päivitys vuodelle 2022* (Valvontaohjelmia 1:2020, Dnro V/1616/2022). [https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote\\_valvontaohjelma\\_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128](https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128)
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. (2007). *Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985-2006. Suomen virallinen tilasto (SVT)* (Tilastotiedote 25/2007). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194183>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:04). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236235>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2003a). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003. Seurantajulkaisu* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:12). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225149>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2003b). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20). STM. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226925>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006). *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 14). STM. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225187>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008a). *Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio* (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 37). STM. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504222997>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008b). *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16). STM. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225427>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20). STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2942-5>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010). *Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset* (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 26). STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3071-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2015). *Uusi soveltamisohje oppilas- ja opiskelijahuoltolainsäädännön toteuttamisen tueksi* (Kuntainfo 13a/2015, Helsinki 18.12.2015). STM. <https://stm.fi/documents/1271139/1427058/Kuntainfo13a+Uusi+soveltamisohje+oppilas-+ja+opiskelijahuolto-lains%C3%A4%C3%A4d%C3%A4nn%C3%B6st%C3%A4+p%C3%A4ivitetty+18122015.pdf/ea07ef1e-38b5-4236-a503-ae01aa87185/Kuntainfo13a+Uusi+soveltamisohje+oppilas-+ja+opiskelijahuolto-lains%C3%A4%C3%A4d%C3%A4nn%C3%B6st%C3%A4+p%C3%A4ivitetty+18122015.pdf?t=1450448749000>

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisselma (KASTE 2012–2015). Ulkoinen arviointi – loppuraportti.* (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:16). STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3800-7>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021). *Kouluterveydenhuolto.* Noudettu 6.11.2021, <https://stm.fi/kouluterveydenhoito>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes. (2002). *Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille* (Oppaita 51). <http://urn.fi/URN:ISBN:951-33-1059-0>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. (2004). *Kouluterveydenhuollon laatusuositus* (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225962>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautiin raskaudenaikaisesta seulonnasta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen liitteen muuttamisesta 2013/410.* Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130410>
- Strid, O. (1998). Kouluterveydenhuollon terveystarkastus luokan hyvinvoinnin arvioinnissa. *Suomen Lääkärilehti*, 53(33), 3811–3815. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/kouluterveydenhuollon-terveystarkastus-luokan-hyvinvoinnin-arvioinnissa>
- Ståhl, T., Rigoff, A-M., Saaristo, V. & Wiss, K. (2010). *Terveyden edistämisen vertailutieto (TedBM) -hankkeen loppuraportti* (Avauksia 9/2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085433>
- Ståhl, T. & Saaristo, V. (2011). *Newolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon* (Raportti 21/2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085215>
- Summanen, A-M., Rumpu, N. & Huhtanen, M. (2018). *Oppilas- ja opiskelijahuoltolain toimeenpanon arviointi esi- ja perusopetuksessa sekä lukiokoulutuksessa* (Julkaisut 4:2018). Kansallinen koulutuksen arviointikeskus. [https://karvi.fi/wp-content/uploads/2018/03/KARVI\\_0418.pdf](https://karvi.fi/wp-content/uploads/2018/03/KARVI_0418.pdf)
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. (2001). Koululaisten terveys. *Duodecim*, 117(24), 2583–2594. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92681>
- Suomen Kuntaliitto. (2002). Koululaisen terveystietämys. Suositus kouluterveydenhuollon asiakirjakäytännöksi. Helsinki.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.* Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Suomen Unicef. (2021). *YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista.* [https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS\\_A5fi.pdf](https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS_A5fi.pdf)
- Suoniemi, S., Rantanen, A., Koivisto, A-M. & Joronen, K. (2021). Self-reported school difficulties and the use of the school nurse services by adolescent students. *Children*, 8(8), 647. <https://doi.org/10.3390/children8080647>
- Søndergaard, G., Biering-Sørensen, S., Ishøj Michelsen, S., Schnor, O. & Nybo Andersen, A-M. (2008). Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: A register-based study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 5–11. <https://doi.org/10.1080/02813430801940877>
- TEAvisari. (2021a). TEAvisari. Noudettu 28.6.2021. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/index>
- TEAvisari. (2021b, elokuun 19.). Tiedonkeruut. Perusterveydenhuolto. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/58>

- TEAvisari. (2021c, lokakuun 7.). Tiedonkeruut. Perusopetus. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/55>
- TEAvisari. (2022, toukokuun 9.). Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2021. [https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/408/Peruskoulujen\\_perustaulukot\\_2021](https://teaviisari.fi/teaviisari/content/file/408/Peruskoulujen_perustaulukot_2021)
- Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A. & Durgin, J. (2004). Access to school health services: differences between full-time and part-time school nurses. *The Journal of School Nursing*, 20(3), 176–181. <https://doi.org/10.1177/10598405040200030801>
- Terho, P. (2002). Kouluterveydenhuollon historiaa. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.), *Kouluterveydenhuolto* (2. painos) (s. 12–17). Duodecim.
- Terho, P., Ala-Laurila, E.-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.), (2000). *Kouluterveydenhuolto* (1. painos). Kustannus Oy Duodecim.
- Terho, P., Ala-Laurila, E.-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.), (2002). *Kouluterveydenhuolto* (2. painos). Duodecim.
- Terho, P. & Vakkilainen, E.-L. (1993). *Kouluterveydenhuollon tukiaineisto* (Oppaita 16/1993). Stakes.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2015). *Oppilaitosympäristön ja yhteisön monialainen tarkastaminen* (Tiedä ja toimi). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015092113607>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019a). *Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaisuuden käsitteet*. (Versio 2.0. 1.10.2019). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121948919>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019b). *Näönseulonta kouluterveydenhuollossa* (Tiedä ja toimi 5/2019). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019050915041>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019c). *Lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskysely 2019* (Tilastoraportti 33/2019, 17.9.2021). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091528281>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019d). *Terveystarkastusten ja muiden käyntien toteumat äitiys- ja lastenneuvolassa 2018 sekä kouluterveydenhuollossa lukuvuonna 2018–19* (Tilastoraportti 46/2019, 18.12.2019). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121848672>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021a). *Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2021: Iso osa lapsista ja nuorista on tyytyväisiä elämäänsä – yksinäisyyden tunne on yleistynyt* (Tilastoraportti 30/2021, 17.9.2021). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091446139>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021b). *Mielenterveytyön kirjaaminen neuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa*. (Tiedä ja toimi). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090144931>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021c, joulukuun 2.). *Opiskeluhuollon lomakkeita*. [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluhoollon\\_lomakkeita](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluhoollon_lomakkeita)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021d). *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019. Terveydenhuollon menot kasvoivat kaikissa suurissa toiminnoissa* (Tilastoraportti 15/2021, 21.5.2021). Suomen virallinen tilasto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052131001>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021e, lokakuun 4.). *Avohilmo-kauntiot, tiivistet ja pikaraportti* (Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo). Raportit). <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021f). Sotkanet.fi. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021g). *Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit/1000 7–18-vuotiaista (ind. 694) 1994–2020* (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi). <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/694>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021h). *Kouluterveyskysely*. [www.thl.fi/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/kouluterveyskysely)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021i). *Kyselylomakkeet* (Kouluterveyskysely. Kouluterveyskyselyn toteuttaminen). <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kouluterveyskyselyn-toteuttaminen/kyselylomakkeet>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021j). *Toimintaohjelma neuvolatoiminnalle sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle* (Lapset, nuoret ja perheet). <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/neurolatyon-lainsaadanto-ja-suositukset/toimintaohjelma-neuolatoiminnalle-seka-koulu-ja-opiskeluterveydenhuollolle>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021k). *Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avoito-käynnit 2020: Koronaepidemia vähensi fyysisiä terveyskeskuskäyntejä – etäasiointi kasvoi lähes 21 prosenttia*. (Tilastoraportti 11/2021, 23.4.2021). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042311465>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). *Prosessi-indikaattorit*. HYTE-kerroin, kannustin hyvinvointialueille. Alueellinen hyvinvointijohtaminen. Noudettu 2.2.2022. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/alueellinen-hyvinvointijohtaminen/hyte-kerroin-kannustin-hyvinvointialueille/prosessi-indikaattorit>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022a, kesäkuun 9.). *Syntyperäluokitus ja aineistokuvaus*. Kouluterveyskyselyn tulokset. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kouluterveyskyselyn-tulokset/syntyperaluokitus-ja-aineistokuvaus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022b). *Tulostaulukko*. Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit/1000 7–18-vuotiaista. Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit/1000 7–18-vuotiaista. Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon muut kuin lääkärikäynnit/1000 7–18-vuotiaista. Sotkanet.fi. Noudettu 30.1.2022. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s04Mti60jDcEAA==&region=s07MBAA=&year=sy5zsk7U0zUEAA==&gender=t>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022c). *Terveystarkastusten ja muiden käyntien toteumat äitiys- ja lastenneuvolassa vuonna 2020 sekä kouluterveydenhuollossa lukuvuonna 2020–2021 : Korona heikensi ehkäiseviä palveluja – laaja terveystarkastus tehtiin alle puolelle lapsista ja nuorista vuonna 2020*. (Tilastoraportti 3/2022). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022020918392>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Opetushallitus. (2020). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – TEA 2019. Koulupäivään liikuntaa lisäävät toimenpiteet ovat yleistyneet* (Tilastoraportti 15/2020, 22.5.2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020051938346>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326*. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tossavainen, K., Tupala, M., Turunen, H. & Larjomaa, R. (2002). Kouluterveydenhuollon hyvä käytäntö. Kouluterveydenhuollon seurantajärjestelmän arviointitutkimus. Suomen Kuntaliitto.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2013). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa* (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012). [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019* (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019) (Toinen, uudistettu painos). [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarviointin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2020.pdf)
- Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R. & Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 369(9572), 1565–1573. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)
- Uhm, J.-Y. & Choi, M.-Y. (2020). Barriers to and facilitators of school health care for students with chronic disease as perceived by their parents: a mixed systematic review. *Healthcare*, 8(4), 506, <https://doi.org/10.3390/healthcare8040506>
- UN Committee on economic, social and cultural rights. (2000). *Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights*. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). (General comment no. 14 (2000) E/C.12/2004/4). <https://digitallibrary.un.org/record/425041>
- Valtioneuvosto. (2019). *Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta* (Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>
- Valtioneuvosto. (2021a). *Kansallinen lapsistrategia*. (Valtioneuvoston julkaisuja 2021:8, Komiteamietintö). Kansallisen lapsistrategian parlamentaarinen komitea. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-777-5>
- Valtioneuvosto. (2021b). Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. Noudettu 26.9.2021. <https://soteuudistus.fi>
- Valtioneuvoston asetus lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnasta 2007/734*. Annettu Helsingissä 21.6.2007. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070734>
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2009/380*. Annettu Helsingissä 28.5.2009. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090380>
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2011/338*. Annettu Helsingissä 6.4.2011. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
- Valtion nuorisoneuvosto. (2018, joulukuun 11.). *Valtion nuorisoneuvoston kirje hyvinvoinnin ja terveyden ministeriryhmälle* (Kannanotot ja julkaisut. 11.12.2018). <https://tietoaanuo-rista.fi/valtion-nuorisoneuvoston-kirje-hyvinvoinnin-ja-terveyden-ministeriryh-malle/>
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2006). *Kouluterveydenhuollon laatusuositus – suosituksen ohjaus-vaikutukset kuntien toimintaan* (Tarkastuskertomus 136/2006). Edita Prima Oy. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/04083936/kouluterveydenhuollon-laa-tusuositus-136-2006.pdf>
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2017). *Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tu-keminen kouluterveydenhuollossa* (Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 3/2017). <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-384-5>
- Valtiovarainministeriö. (2001, syyskuun 4.). *Hallituksen esitys Eduskunnalle valtion talousarvioeksi vuodelle 2002*. Määrärahat, 33. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala, 32. Kuntien järjestämä sosiaali- ja terveydenhuolto, 30. Valtionosuus kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin (arviomääräraha).

- [https://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp?year=2002&lang=fi&main-doc=/2002/TAE/he/he.xml&cid=/2002/TAE/he/pl33/pl33ml32\\_1\\_1\\_3.html](https://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp?year=2002&lang=fi&main-doc=/2002/TAE/he/he.xml&cid=/2002/TAE/he/pl33/pl33ml32_1_1_3.html)
- Valtiovarainministeriö. (2002, syyskuun 17.). *Hallituksen esitys Eduskunnalle valtion talousarvioeksi vuodelle 2003*. Määrärahat, 33. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala, 32. Kuntien järjestämä sosiaali- ja terveydenhuolto. [https://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp?year=2003&lang=fi&main-doc=/2003/TAE/he/he.xml&cid=/2003/TAE/he/pl33/pl33ml32\\_1.html](https://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp?year=2003&lang=fi&main-doc=/2003/TAE/he/he.xml&cid=/2003/TAE/he/pl33/pl33ml32_1.html)
- Varjoranta, P. & Pietilä, A-M. (1999). *Kouluterveydenhuolto tänään: selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa* (Aiheita 4/1999). Stakes.
- Varuhin, E. (2017). *Oireilun yhteys 8.-9. -luokkalaisten opiskeluhuollon palveluiden käyttöön* [Pro gradu -tutkielma, terveystieteiden tutkinto-ohjelma, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto]. Trepo. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201712012849>
- Välkkilä, L. J., Joronen, K., Koivisto, A-M. & Kanste, O. (2020). Kouluterveydenhoitajan palvelut: sosiodemografisten tekijöiden yhteys nuorten kokemuksiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 57(2), 155–167. <https://doi.org/10.23990/sa.83301>
- Wahlström, E., Golsäter, M., Granlund, M., Holmström, I. K., Larm, P. & Harder, M. (2021). Adjusting and doing the same: school nurses' descriptions of promoting participation in health visits with children of foreign origin. *BMC Public Health*, (2021)21, 111 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10144-2>
- Wikström, K., Lindström, J., Halme, N. & Laatikainen, T. (2017a). *Kinsaaminen ja fyysisen uban kokemukset ulkomaalaistaustaisilla nuorilla* (Tutkimuksesta tiiviisti 36/2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-960-6>
- Wikström, K., Lindström, J., Halme, N. & Laatikainen, T. (2017b). *Ulkomaalaistaustaisten nuorten terveystottumukset* (Tutkimuksesta tiiviisti 37/2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-961-3>
- Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Koskinen, H. & Saaristo, V. (2012). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta* (Raportti 71/2012). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-774-5>
- Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Pelkonen, M., Saaristo, V. & Ståhl, T. (2014). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta* (Ohjaus 21/2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-356-7>
- Wiss, K., Hakulinen, T. & Hietanen-Peltola, M. (2018). Henkilöstövoimavaroissa eroja maakuntien välillä. *Terveydenhoitaja* 2(2018), 26–28. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201804106435>
- Wiss, K., Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J. & Saaristo, V. (2021). *Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004–2019* (Tutkimuksesta tiiviisti 45/2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-701-2>
- Wiss, K., Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V. & Rimpelä, M. (2007). Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. *Suomen Lääkärilehti* 62(1–2), 53–59. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/kouluterveydenhuollon-henkilostossa-suuria-eroja/>
- Wiss, K. & Rimpelä, M. (2010). Oppilashuollon henkilöstö ja toiminnan painotus. Teoksessa M. Rimpelä, S. Fröjd. & H. Peltonen (toim.), *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009 - perusraportti*. (Koulutuksen seurantaraportit 2010:1) (s. 156–170). Opetushallitus. Helsinki.



- Wiss, K., Ståhl, T., Saaristo, V., Kivimäki, H., Frantsi-Lankia, M. & Rimpelä, A. (2017). Terveystenhoitajat, lääkärit, psykologit ja kuraattorit peruskouluissa 2008–2015. *Suomen lääkärilehti* 72(3), 127–131. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702011406>
- Wood, R., Stirling, A., Nolan, C., Chalmers, J. & Blair, M. (2012). Trends in the coverage of ‘universal’ child health reviews: observational study using routinely available data. *BMJ Open*, 2, Article e000759. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000759>
- World Health Organization. (2001). *Global consultation on adolescent friendly health services* (A consensus statement, WHO/FCH/CAH/02.18). Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva.
- World Health Organization. (2003). *Adolescent Friendly Health Services: an agenda for Change*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67923>
- World Health Organization. (2010). *Pairing children with health services – the results of a survey on school health services in the WHO European region*. Regional Office for Europe. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/112389/E93576.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/112389/E93576.pdf)
- World Health Organization. (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75217>
- World Health Organization. (2014). *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals*. WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf)
- World Health Organization. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Regional office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326320>
- World Health Organization & UNESCO. (2021). *WHO guideline on school health services* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341910>
- Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. (2021a). *Ristiintaulukointi*. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Noudettu 7.11.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi/>
- Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. (2021b). *Mittaaminen: mittarin luotettavuus*. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Noudettu 6.11.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/mittaaminen/luotettavuus/>



# JULKAISUT



# JULKAISU

## I

### **Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta**

Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, M.  
(2007).

Suomen Lääkärilehti 62(1-2), 61-67.

<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2007/SLL12007-61.pdf>

**Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa**



Hanne Kivimäki, Elise Kosunen, Arja Rimpelä,  
Vesa Saaristo, Kirsi Wiss, Matti Rimpelä

## Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta

**Lähtökohdat** Kouluterveydenhuoltoa tutkitaan hallinnon ja johtamisen näkökulmasta tarkastellen, miten laatusuosituksen ohje toimintasuunnitelmasta ja -kertomuksesta toteutui koko maassa 2005. Länsi-Suomen läänissä arvioitiin, oliko suunnitelmallisuus lisääntynyt vuoden 1998 jälkeen.

**Menetelmät** Terveyskeskuksille tehtiin kyselyihin saatiin 201 vastausta keväällä ja 227 syksyllä 2005. Länsi-Suomen vastaavista kyselyistä (1998, 2000) saatiin vertailutietoja 73 terveyskeskuksesta. Sisältöanalyysiin saatiin 99 suunnitelmaa ja 60 kertomusta.

**Tulokset** Suunnitelman ilmoitti tehneensä 68 % ja kertomuksen 43 % terveyskeskuksista. Vuosittain molemmat päivitti 33 %. Asiakirjat olivat hyvin lyhyitä, vain muutamassa sisältö vastasi suosituksia. Suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus 1998–2005 pysyi ennallaan, kertomuksia laativien yleisty. Asiakirjojen sisältö monipuolistui.

**Päätelmät** Kouluterveydenhuoltoa johdetaan suunnitelmallisesti vain vähemmistössä terveyskeskuksia, vaihtelu on suurta ja harvat toteuttavat laatusuositusta.

**K**ouluterveydenhuolto on useiden toimialojen – sivistystoimen, sosiaalitoimen ja kansanterveystyön – yhteistyötä. Hallinnollisesti se kuuluu kansanterveystyöhön, mutta toteutuu peruskouluissa osana oppilashuoltoa, jota ohjataan ja arvioidaan opetussuunnitelmien yhteydessä (1). Laaja yhteistyö vaatii tavoitteiden, vastuiden,

sisältöjen ja voimavarojen kirjaamista suunnitelmiin.

1990-luvun alussa lääkintöhallituksen tehtävien siirtyessä muualle vastuu kouluterveydenhuollon valtakunnallisesta tutkimus- ja kehittämistyöstä jäi epäselväksi. Kouluterveydenhuollon kehittäminen nousi uudelleen ajankohtaiseksi vuosituhaten vaihteessa lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin kääntyessä huonoon suuntaan (2). Asiaan kiinnittivät huomiota myös Lääkäriseura Duodecim sekä Suomen Akatemia, jotka julkaisivat vuonna 2001 konsensuslausuman koululaisten terveydestä ja kouluterveydenhuollosta (3).

Vuodesta 1993 lähtien, normiohjauksen purkamisen jälkeen, kunnilla ei ole ollut lakisääteistä velvoitetta noudattaa valtionhallinnon suosituksia. Samassa yhteydessä poistettiin kansanterveyslaista kansanterveystyön suunnitteluun ja raportointiin velvoittavat säännökset (4). Myös kouluterveydenhuollossa normiohjaus muuttui informaatio-ohjaukseksi (5). Vuonna 1993 valmistui kouluterveydenhuollon tukiaineisto (6) ja asiantuntijatyöryhmän muistio (7). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000–03 kehoitettiin varmistamaan riittävät voimavarat kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon sekä ottamaan huomioon lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen koulu-yhteisön koko toiminnassa, myös opetussuunnitelmassa ja arvioinnissa (8). Vuonna 2002 julkaistiin kouluterveydenhuollon opas (9) ja elokuussa 2004 sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen laatusuositus (10).

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta on korostettu jo vuonna 1972 kansanterveyslain perusteella annetusta ohjeesta lähtien (taulukko 1) (6,7,9,10,11,12). Tarkemmin suunnitelmia ohjeistettiin kuitenkin vasta vuoden 2002 kouluterveydenhuollon oppaassa. Vuosittainen suunnitelma ja kertomus sekä yhdistävät strategisen ja operatiivisen suunnittelun että antavat mahdollisuuden seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista (9,10).

Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu kouluterveyden-

huollon suunnitelmallisuutta koko maan kattavassa aineistossa. Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten yleisesti terveyskeskukset laativat laatusuosituksen edellyttämän kouluterveydenhuollon suunnitelman ja kertomuksen sekä vaihtelee suunnitelmallisuus terveyskeskuksen rakennetta ja toimintaa kuvaavien tekijöiden mukaan. Lisäksi tutkitaan, missä määrin suunnitelmat ja kertomukset vastaavat suosituksia. Länsi-Suomen läänin osa-aineistossa selvitetään suunnitelmallisuuden muutosta vuosina 1998–2005. Tulosten perusteella pyritään valottamaan informaatio-ohjauksen vaikutusta kuntatason suunnitteluun ja johtamiseen.

Tutkimus on osa Suomen Akatemian ja sosiaali- ja terveysministeriön tukemaa, Tampereen yliopistossa toteutettavaa KERTTU (Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus) -tutkimushanketta.

### Aineistot ja menetelmät

Tutkimus perustuu neljään kyselyaineistoon sekä terveyskeskuksilta saatuihin kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmiin ja kertomuksiin.

#### Kevään 2005 aineisto

Stakesin ja opetushallituksen kyselyssä terveyskeskuksille keväällä 2005 selvitettiin muun ohella kouluterveydenhuolto (13). Yhdistettyyn posti- ja verkkokyselyyn vastasi 76 % (n = 201) vuoden 2004 lopussa toimineista 265 terveyskeskuksesta.

Tätä aineistoa täydennettiin yhdistämällä eri lähteistä saatuja tietoja. Aineiston täydentäminen on kuvattu Wissin ym. artikkelissa (14).

#### Syksyn 2005 aineisto

Stakes tutki syksyllä 2005 terveyskeskusten johdolle osoitettussa kyselyssä terveyden edistämistä kunnan kansanterveysyössä (15,16). Yhdistettyyn posti- ja verkkokyselyyn vas-

tasi 87 % (n = 224) keväällä 2005 toimineista 258 terveyskeskuksesta. Vastaukset kouluterveydenhuollon suunnitelmasta tulostettiin terveyskeskuskohtaisesti ja lähetettiin tarkastettavaksi kaikille terveyskeskuksille, myös vastaamattomille. Tarkistusten ja täydennysten jälkeen tieto suunnitelman uudistamisesta saatiin 227 terveyskeskuksesta (88 %).

#### Länsi-Suomen läänin kaksi aineistoa

Länsi-Suomen lääninhallitus oli selvittänyt läänin kaikissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuoltoa vuosina 1998 (n = 110) ja 2000 (n = 105) tarkentaen postikyselyssä saatuja tietoja puhelinhaastatteluin. Tuloksia ei ole aiemmin julkaistu kokonaisuudessaan (17). Kun nämä tiedot yhdistettiin kevään 2005 aineistoon, saatiin vertailukelpoiset tiedot 73 terveyskeskuksesta.

#### Kysymykset ja niiden koodaus

Toimintasuunnitelman olemassaolosta kysyttiin vuonna 1998 ja keväällä 2005. Suunnitelman tekemisestä vuosittain kysyttiin vuonna 1998 ja 2000, tarkempaa uudistamisvuotta kysyttiin keväällä 2005. Syksyllä 2005 kysyttiin suunnitelman uudistamisesta laatusuosituksen julkaisemisen jälkeen. Kouluterveydenhuollon kertomuksen tekemisestä vuosittain kysyttiin 1998, 2000 ja keväällä 2005.

Vuoden 1998 aineistossa terveyskeskukset (n = 24), jotka ilmoittivat uudistavansa suunnitelman vuosittain, koodattiin suunnitelman tehneiksi, vaikka kysymykseen koko terveyskeskuksen kattavasta suunnitelmasta oli vastattu kielteisesti tai vastaus puuttui kokonaan. Kevään 2005 aineistossa terveyskeskukset (n = 17), jotka olivat ilmoittaneet uudistamisvuoden, koodattiin suunnitelman tehneiksi, vaikka ne toisessa vastauksessa ilmoittivat, ettei suunnitelmaa ole tai vastaus puuttui. Kevään 2005 aineistosta luokiteltiin suunnitelman vuosittain uudistaneiksi ne, jotka ilmoittivat uudistamisvuodeksi 2004 tai 2005.

### Taulukko 1.

Toimintasuunnitelmia ja kertomuksia koskevat maininnat kouluterveydenhuollon valtakunnallisissa ohjeistuksissa 1972–2005.

Lähde	Suunnitelma	Toimintakertomus
Lääkintöhallitus 1972 ohjekirje	Laaditaan yhteistyössä kunnan kouluviranomaisten kanssa, otetaan huomioon henkilöstösuositukset.	Ei mainintaa
Lääkintöhallitus 1981 ohjekirje	Kouluterveydenhuolto sisältyi kt -työn toimintasuunnitelmaan, toteutetaan osana koulun toimintasuunnitelmaa.	Seuratatiedot sisällytetään tk:n vuosikertomukseen ja määräaikaisselvityksiin
Terho ja Vakkilainen 1993 tukiaineisto	Kouluterveydenhuolto on osa oppilashuoltoa ja koulun toimintasuunnitelmaa.	Ei mainintaa
Stakes 1993 asiantuntijaryhmän kannanotto	Ei mainintaa	Ei mainintaa
Stakes 2002 opas	Valmistellaan terveys-, koulu- ja sosiaalitoimen yhteistyönä. Käsitellään terveys- ja koululautakunnissa, tarkistetaan vuosittain. Osa terveystoimen toim.suunnitelmaa. Sisältösuositus.	Esitellään opetustoimen ja kt -työn lautakunnille koulujen johtokunnille, vanh. yhdistyksille ja oppilaskunnille. Sisältösuositus.
STM ja Suomen Kuntaliitto 2004 laatusuositus	Tehdään vuosittain osana sos.- ja terv. toimen toiminta- ja talousarviosuunnitelmaa. Käsitellään sos.- ja terv.- sekä sivistystk:ssa Laatumisesta vastaa kt -työstä vastaava ylilääkäri tai terveystoimen muu esittelijä. Oppilashuollon palvelut suunnitellaan eri hallintokuntien yhteistyönä huomioiden alueen olosuhteet, oppilaiden ja koulujen määrä ja palvelurakenne. Kouluterveydenhoitaja ja -lääkäri seuraavat toteutumista.	Liitetään koulutoimen ja sosiaali- ja terveystoimen arviointiin, käsitellään myös osana koulun hyvinvointiarviota.



**Suunnitelmallisuuden indikaattorit**

Laatusuosituksista (10) soveltaen muodostettiin neljä suunnitelmallisuuden indikaattoria: 1) terveyskeskuksessa on kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma, 2) suunnitelma on uudistettu vuosittain, 3) toimintakertomus on laadittu vuosittain, 4) kouluterveydenhuollon laatusuosituksen julkaisemisen jälkeen johtoryhmä ja/tai luottamushenkilöt ovat hyväksyneet päivitetyn suunnitelman.

**Suunnitelma- ja kertomusaineisto**

Kopiot kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmista ja -kertomuksista pyydettiin niiltä terveyskeskuksilta (n = 66), jotka ilmoittivat kevään 2005 kyselyssä uudistaneensa tai tehneensä nämä vuonna 2004 tai 2005. Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman lähetti 43 terveyskeskusta (65 % niistä, joilta asiakirjat pyydettiin) ja -kertomuksen 27 (41 %), molemmat 26 terveyskeskusta (39 %). Kymmenen terveyskeskusta vastasi lähettämispyyntöön, ettei niillä ollutkaan kyseistä asiakirjaa, vaikka ne olivat varsinaisessa kyselyssä ilmoittaneet sen tehneensä.

Länsi-Suomen läänin aineistoissa terveyskeskuksia oli pyydetty vuosina 1998 ja 2000 lähettämään kopiot kouluterveydenhuollon suunnitelmasta ja kertomuksesta. Vuonna 1998 suunnitelma saatiin 36 terveyskeskuksesta (75 % sen laatineista). Vuonna 2000 suunnitelman lähetti 20 terveyskeskusta (56 %). Toimintakertomuksia lähetti vastaavasti 16 (53 %) ja 17 (63 %) terveyskeskusta. Vuonna 2005 Länsi-Suomen läänin terveyskeskukset lähettivät 18 suunnitelmaa (69 % niistä, joilta asiakirja pyydettiin) ja 12 kertomusta (46 %).

Kouluterveydenhuollon oppaan (9) suositukset suunnitelman ja kertomuksen sisällöstä jaettiin luokkiin (ks. taulukot 5 ja 6). Asiakirjoista selvitettiin, esiintykö niissä kuhunkin luokkaan viittaavaa mainintaa ja laskettiin kuinka monessa prosentissa kunkin vuoden asiakirjoista maininta esiintyi.

Tilastanalyysit tehtiin SPSS-ohjelmistolla. Yhteyksien tilastollinen merkitsevyys testattiin  $\chi^2$ -riippumattomuustestillä.

**Tulokset**

**Suunnitelmien ja kertomusten laatiminen**

Keväällä 2005 kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta toteutti laatusuosituksen kriteerien mukaan 33 % terveyskeskuksista (taulukko 2). Syksyllä 2005 suunnitelman oli uudistanut 35 % terveyskeskuksista. Osa kyselyihin vastanneista kirjoitti, että näistä asioista vastaavat ovat olleet pois työstä tai aloittaneet juuri tehtävissään eikä suunnitelmallisuuteen ole siksi panostettu. Joistakin terveyskeskuksista ilmoitettiin, että suunnitelmat tai yhteenvedot tehdään suullisesti lukuvuosien päätteeksi ammattilaisten kesken.

Suunnitelmallisuuden kehittymistä ajassa voitiin tutkia Länsi-Suomen läänissä niissä terveyskeskuksissa, jotka olivat vastanneet kaikkiin kolmeen kyselyyn (n = 73). Suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus pysyi suurin piirtein ennallaan (taulukko 3). Toimintakertomuksia laativien osuus kasvoi vuosien 1998 ja 2005 välillä.

**Taulukko 2.**

Terveyskeskusten osuus (%) kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden toteuttamisen mukaan vuonna 2005.

Suunnitelmallisuus terveyskeskuksissa	%
<b>Kevät 2005 (n = 201)</b>	
on suunnitelma	68
suunnitelma uudistettu vuosittain	50
toimintakertomus vuosittain	43
uudistettu suunnitelma ja vuosittainen toimintakertomus	33
ei suunnitelmaa eikä kertomusta	27
<b>Syky 2005 (n = 227)</b>	
suunnitelma uudistettu laatusuosituksen julk. jälkeen	35

**Taulukko 3.**

Toimintasuunnitelman ja toimintakertomuksen yleisyys (%) vuosina 1998, 2000 ja 2005 vastanneissa Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksissa (n = 73).

Suunnitelmallisuus	Vuosi		
	1998	2000	2005
<b>Toimintasuunnitelma</b>			
on	64	-	70
tehty tai uudistettu vuosittain	47	38	45
<b>Toimintakertomus vuosittain</b>	22	30	44

**Taulukko 4.**

Suunnitelman ja toimintakertomuksen laatineiden osuus (%) terveyskeskusta kuvaavien tietojen mukaan. Kevään 2005 aineisto.

Terveyskeskusta kuvaava tieto	Vastanneiden lukumäärä, n <sup>1</sup>	On suunnitelma	Suunnitelma uudistettu	Toimintakert. vuosittain
<b>Lääni</b>				
Etelä-Suomi	50	74	62	46
Länsi-Suomi	79	70	47	46
Itä-Suomi	28	74	65	39
Oulu	27	67	50	56
Lappi	16	38	31	13
<b>Väestömäärä</b>		p = 0,025	p = 0,002	
alle 5 000	44	52	29	42
5 000-9 999	55	65	56	48
10 000-19 999	43	71	54	47
20 000-49 999	38	84	74	32
50 000 ja yli	19	79	50	50
<b>Omistaja</b>				
kunta	145 <sup>2</sup>	67	50	42
kuntayhtymä	54	74	58	49
<b>Väestövastuu-VES</b>			p = 0,036	
ei ole	95	62	45	41
kyllä	92	75	61	43
<b>Osall. terv. ed. hankkeisiin</b>				
ei	96 <sup>2</sup>	68	56	44
Kyllä, yhteen	80	67	51	46
Kyllä, kahteen tai us.	23	78	41	32

<sup>1</sup>Puuttuvia vastauksia 0-4 kappaletta.

<sup>2</sup>Suunnitelman uudistamista koskevassa indikaattorissa puuttuvia vastauksia 5-8 kappaletta.

**Suunnitelmallisuuden vaihtelu terveyskeskusten välillä**

Alueellisessa tarkastelussa suunnitelmallisuutta oli vähiten Lapin läänissä, joskaan erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (taulukko 4). Pienet terveyskeskukset tekivät ja uudistivat vähiten suunnitelmia. Väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltaminen lisäsi suunnitelmallisuutta, mutta tulos oli merkitsevä vain suunnitelman uudistamisen osalta. Tervey-

den edistämisen hankkeisiin osallistuminen ja terveyskeskuksen omistajuus eivät olleet yhteydessä suunnitelmallisuuteen.

**Suunnitelmien ja kertomusten sisältö**

Kouluterveydenhuollon suunnitelma saatiin yhteensä 99:stä ja toimintakertomus 60 terveyskeskuksesta. Toimintakertomuksista 33 % sisältyi kunnan tai terveyskeskuksen muihin kertomuksiin. Asiakirjojen toimittaminen tutkijoille vuonna 2005 ei ollut yhteydessä terveyskeskusta kuvaaviin tietoihin (lääni, terveyskeskuksen koko, omistaja, väestövastuun soveltaminen, hankkeisiin osallistuminen).

Toimintasuunnitelmien sivumäärä vaihteli muutamasta rivistä 34 sivuun (useimmiten 1–4 sivua). Vuoden 2005 suunnitelmissa käsiteltiin yleisimmin kouluterveydenhuollon tavoitteita ja tehtäviä sekä terveyden ja hyvinvoinnin seuranta (taulukko 5). Länsi-Suomen läänissä vuoden 1998 suunnitelmissa kuvattiin useimmiten määräaikaistarkastusten runko-ohjelmaa. Vuodesta 2000 alkaen esiintyi yleisesti mainintoja mm. hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta sekä kehittämisestä ja arvioinnista.

Toimintakertomuksista puolet oli sivun mittaisia tai lyhyempiä (vaihteluväli muutamasta rivistä neljään sivuun). Vuoden 2005 toimintakertomuksissa kuvattiin yleensä kouluterveydenhuollon toteutumista ja käyntimääriä (taulukko 6). Länsi-Suomen läänissä kouluterveydenhuollon toteutumisen kuvaaminen ja tulosten arviointi monipuolistui seuranta-aikana. Maininnat tutkimus- ja tilastotiedoista olivat harvinaisia. Yhteenkään toimintakertomukseen ei sisällynyt mainintaa siitä, oliko sitä tarkoitus käsitellä luottamushenkilöhallinnossa tai sivistystoimen toimialalla.

Koko aineistosta löytyi kolme suunnitelmaa ja yksi kertomus, joiden sisällössä oli lähes kattavasti sovellettu kouluterveydenhuollon oppaan suosituksia.

**Pohdinta**

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kouluterveydenhuoltoa hallinnon ja johtamisen näkökulmasta. Vuosittainen kouluterveydenhuollon suunnitelma ja toimintakertomus kuvastavat toiminnan suunnitelmallisuutta ja ovat myös johtamisen apuväline. Molemmat asiakirjat vuosittain laati vain joka kolmas (33 %) terveyskeskus. Noin 70 %:lla oli suunnitelma, mutta vain osa uudisti sen vuosittain. Tulokset ovat samankaltaisia kuin aiemmissa pienemmän aineiston tutkimuksissa (18,19).

Kouluterveydenhuollon informaatio-ohjauksen keskeisimmät välineet ovat olleet vuoden 2002 opas ja vuoden 2004 laatusuositus. Nimenomaan päättäjille suunnatussa laatusuosituksessa edellytettiin suunnitelman ja toimintakertomuksen vuosittaista käsitteilyä johtoryhmässä ja lautakunnissa. Runsaan vuoden kulluttua suosituksen julkaisemisesta vain 35 % terveyskeskuksista oli päivittänyt suunnitelman. Suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus pysyi lähes ennallaan vuoden 1998 jälkeen, mutta vuosittaisia toimintakertomuksia laativien lukumäärä lisääntyi. Kun lisäksi otetaan huomioon, että suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus pysyi lähes ennallaan vuoden 1998 jälkeen erilai-

**Taulukko 5.**

Sisältösuositusten teemoja käsitelleiden toimintasuunnitelmien osuus (%) analysoiduista toimintasuunnitelmista koko maan 2005 sekä Länsi-Suomen läänin 1998, 2000 ja 2005 aineistoissa.

Oppaan sisältösuosituksen teemat	Prosenttiosuus suunnitelmista			
	Koko maa		Länsi-Suomen lääni	
	2005 n = 43	1998 n = 36	2000 n = 20	2005 n = 18
<b>Tavoitteet, sisältö ja seuranta</b>				
kouluth:n tehtävät ja tavoitteet	79	56	90	83
koululaisten terv.seuranta kunnan tasolla	67	22	15	72
kouluyhteisön hyvinv. seuranta kunnan tasolla	67	22	15	72
kouluth:n sisältö ja toteuttaminen	56	56	50	61
kouluth:n kehitt. - ja arviointivastuun määritt.	16	0	0	22
<b>Tarkastukset</b>				
määräaikaistark. ja seuratojen runko-ohjelma	58	83	35	56
jatkotutkimukset, hoidon ja tuen järjestäminen	23	6	0	28
<b>Kouluyhteisö</b>				
työoloselvitysten suorittaminen	53	8	10	50
työoloselvitysten raportointi	14	0	0	22
terveyden edistäminen				
terveyskasvatustavoitteet	49	31	50	50
koulukohtaiset tavoitteet terveyden edistämiseksi	2	0	0	6
<b>Voimavarat</b>				
kouluterveydenhoitajan työaika	40	31	10	39
koululääkärin työaika	28	11	10	28
työtilat koulullain	12	0	0	11
koulupsykologin työ ja työaika	9	3	0	11
koulukuraattorin työ ja työaika	7	0	5	11
<b>Suun terveydenhoito</b>				
tavoitteet	28	0	0	28
henkilöstö	12	0	5	11
<b>Yhteistyö</b>				
yhteistyö ja sitä ohjaavat periaatteet	47	25	25	33
oppilashuolto	5	0	0	0
terveystieto	5	0	0	0
kodin ja koulun yhteistyö	0	0	0	0

**Taulukko 6.**

Sisältösuositusten teemoja käsitelleiden toimintakertomusten osuus (%) analysoiduista toimintakertomuksista koko maan 2005 ja Länsi-Suomen läänin 1998, 2000 ja 2005 aineistoissa.

Oppaan sisältösuosituksen teemat	Prosenttiosuus kertomuksista			
	Koko maa		Länsi-Suomen lääni	
	2005 n = 27	1998 n = 16	2000 n = 17	2005 n = 12
Kouluterveydenhuollon toteuttaminen	93	88	100	100
Tulosten arviointi suhteessa tavoitteisiin	52	25	41	67
Päätelmät seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnittelua varten	15	25	41	17
Kouluyhteisöjen ja oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden kehitys (tutkimus- ja tilastotietoja)	11	13	12	8
Suun terveydenhoidon toteuttaminen	7	0	0	0

sista muista suosituksista ja kannanotoista huolimatta, näyttää informaatio-ohjauksen vaikutus kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuteen vähäiseltä.

Terveyspalvelujen alueellinen tasa-arvo on eräs terveyspolitiikan keskeinen tavoite (16). Kouluterveydenhuollon laatu-suosituksen ja -oppaan tarkoituksena oli luoda standardit samanlaisten palvelujen tuottamiseksi maan eri kunnissa. Tulokset osoittivat suunnitelmallisuuden puutteen tai laininlyönnin useissa terveyskeskuksissa. Vaikka yksittäiset työntekijät voivat suunnitella työnsä asianmukaisesti ilman kirjallista suunnitelmaa, tämä ei takaa yhtenäisiä toimintalinjoja ja samanlaisia palveluja koko terveyskeskuksen alueella puhumattakaan koko maasta. Tällöin toiminta jää helposti sattumanvaraiseksi, mistä seuraa eroja palvelujen saannissa sekä terveyskeskusten välillä että eri koulujen välillä terveyskeskuksen sisällä.

Suunnitelmallisuuden lääneittäiset erot olivat vähäisiä lukuun ottamatta Lapin lääniä, jossa suunnittelua oli vähemmän kuin muissa lääneissä. Osittain tätä selittänevät Lapin läänin terveyskeskusten pienet väestömäärät. Pienissä terveyskeskuksissa suunnitelmallisuus oli yleensäkin vähäisempää. Kirjallisten suunnitelmien merkitys käytännön työn ohjaajana voi olla vähäinen, sillä toimijoita on vähän. Toisaalta näissäkin suositusten edellyttämä luottamushenkilötason käsittely edellyttää kirjallista suunnitelmaa ja toimintakertomusta.

Jotkut terveyskeskukset ilmoittivat suunnittelun toteutuvan suullisin sopimuksin. Käytäntö ei turvaa eri tahojen tiedonsaantia eikä yhteistyön toimivuutta. Suunnitelmat ja kertomukset tekevät työstä läpinäkyvää, jolloin myös luottamushenkilöillä on mahdollisuus varmistaa lasten asianmukaiset palvelut. Kouluterveydenhuollon toiminnan kuvaaminen suunnitelmissa antaa vanhemmille ja oppilaille tilaisuuden tutustua palveluihin tarkemmin ja verrata oman kouluterveydenhuollon toimintaa esimerkiksi valtakunnallisiin suosituksiin. Suunnitelmien ja kertomusten käsittelemisestä oppilaiden ja vanhempien kanssa oli mainintoja vain muutamassa asiakirjassa.

Suunnitelmien ja kertomusten sisältö ja laajuus vaihtelivat runsaasti. Sama on todettu aikaisemminkin (19). Kouluterveydenhuolto kuvaava tieto rajoittui usein käyntimääriin ja vain harvoissa asiakirjoissa oli oppilaiden terveydentilaa tai hyvinvointia kuvaavia lukuja tai henkilöstösuunnitteluun viittaavia mainintoja. Palvelun tarvetta on kuitenkin hankala määrittää ilman hyvinvoinnin seuranta- ja tarpeeseen vastaaminen edellyttää resurssien oikeaa mitoittamista. Kun henkilöstön työpanos ja sen suhde tarpeeseen puuttuvat suunnitelmista ja kertomuksista, henkilöstötilanne ei välttämättä tule päättäjien tietoon. Samoin kouluterveydenhuollon tulosten esittäminen päättäjille tahoille on vaikeaa, jos toiminnan tavoitteita ei ole kirjattu eikä niiden toteutumista arvioida. Myönteistä kuitenkin oli, että joissakin suunnitelmissa oli paneuduttu aiheeseen syvemmin ja pohdittu toiminnan heikkouksia ja vahvuuksia.

Länsi-Suomen läänissä 1990-luvun lopulla toteutettu kouluterveydenhuollon kehittämishanke (17) on saattanut vaikuttaa siihen, että kouluterveydenhuollon suunnitelmien sisältö monipuolistui alueella. Lapsipoliittiset suunnitelmat

#### Tästä asiasta tiedettiin

- ▶ Kouluterveydenhuollon laaja yhteistyö vaatii tavoitteiden, vastuiden, sisältöjen ja voimavarojen kirjaamista.
- ▶ Vuoden 2002 oppaan ja vuoden 2004 laatusuosituksen mukaan nämä asiat tulisi käsitellä vuosittain toimintasuunnitelmassa ja -kertomuksessa.

#### Tämä tutkimus opetti

- ▶ Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudessa.
- ▶ Vuosittainen suunnitelma ja kertomus tehtiin vain kolmasosassa terveyskeskuksista.
- ▶ Asiakirjat olivat sisältöltään hyvin suppeita.

ja osallistuminen terveyden edistämisen valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin otettiin analyysiin mukaan, koska niiden oletettiin lisäävän kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta. Näin ei kuitenkaan ollut. Tulos antaa aiheen selvittää tarkemmin kuntien hyvinvointistrategiatyön ja kehittämishankkeiden vaikutusta terveyden edistämisen käytäntöihin.

Oppilashuollon kokonaisvoimavarat, erityisesti koulukuraattorien ja koulupsykologien työpanos, vaikuttavat kouluterveydenhuollon toimintaedellytyksiin (9,10). Toisaalta edellytetään yhteistyötä peruskoulujen toimintaa ohjaavien opetussuunnitelmien valmistelussa (1). Suunnitelmien selvänä puutteena oli, ettei niissä juurikaan käsitelty oppilashuollon kokonaisuutta eikä esimerkiksi kouluterveydenhuollon henkilöstön osallistumista terveystiedon opetukseen.

Terveyskeskusten lukumäärään nähden tutkittavia suunnitelmia ja kertomuksia saatiin vähän. Osa suunnitelman ja kertomuksen ilmoittaneistakin totesi asiakirjoja pyydetessä, ettei niitä ollutkaan. Joissakin terveyskeskuksissa muihin asiakirjoihin sisältyneet suunnitelmat tai kertomukset ovat saattaneet jäädä ilmoittamatta. Päätulokset ovat kuitenkin niin selkeät, etteivät vastaajien valikoituminen tai vastausten epätarkkuudet estä muodostamasta kokonaiskuvaa.

Kunnallisessa päätöksenteossa suunnitelmien kirjaaminen ja niiden toteutumisen seuranta on välttämätöntä. Näin tehdään toiminnasta läpinäkyvää. Suunnitelmia ja kertomuksia tarvitaan myös yhteistyössä sivistystoimen hallinnon ja oppilaiden vanhempien kanssa. Koko oppilashuolto – uudemman termin mukaan opiskeluhuolto – tulisi suunnitella eri hallintokuntien yhteistyönä alueen ominaispiirteet huomioiden (10).

Tämän tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuoltoa joh-

detaan suunnitelmallisesti vain vähemmistössä terveyskeskuksia. Jatkotutkimuksessa tulisi selvittää, miten kouluterveydenhuollon suunnitelmallinen johtaminen on yhteydessä toiminnan laatuun, resursseihin ja terveyskeskuksen johtamiseen yleensä.

### Kirjallisuutta

- 1 Peltonen H, Laitinen K. Oppilashuolto. Teoksessa Peltonen H, toim. Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa. Virikkeitä ja toimintamalleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi. Helsinki: Opetushallitus 2005:65-110.
- 2 Bardy M, Salmi M, Heino T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntavivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263. Helsinki: Stakes 2001.
- 3 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Koululaisten terveys. Duodecim 2001;117:2583-94.
- 4 Rimpelä M. Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt? Sos Laaketiet Aikak 2005;42:261-5.
- 5 Oulassvirta L, Ohtonen J, Stenvall J. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainosta ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
- 6 Terho P, Vakkilainen EL. Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. Oppaita 16/1993. Helsinki: Stakes 1993.
- 7 Stakes. Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta. Kokko S, toim. Aiheita 42/1993. Helsinki: Stakes 1993.
- 8 Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston päätös: sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 1999.
- 9 Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki: Stakes 2002.
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto 2004.
- 11 Lääkintöhallitus. Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta. DN0 9927/522/72. Helsinki: Lääkintöhallitus 1972.
- 12 Lääkintöhallitus. Ohjeet kouluterveydenhuollosta. Lääkintöhallituksen ohjekirje. Helsinki: Lääkintöhallitus 1981.
- 13 Rimpelä M, Ojajärvi A, Luopa P, Kivimäki H. Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Työpapereita 1/2005. Helsinki: Stakes 2005.
- 14 Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Rimpelä M. Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. Suom Lääkäril 2007;62:53-9.
- 15 Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Terveiden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. Helsinki 2006. [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D387551C-C522-4D74-A1E9-E2C598AF26D8/4714/Perusraportti\\_txt\\_korj260106.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D387551C-C522-4D74-A1E9-E2C598AF26D8/4714/Perusraportti_txt_korj260106.pdf).
- 16 Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Kouluterveydenhuolto syksy 2005 - perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK\\_KTHperusraportti180106.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK_KTHperusraportti180106.pdf).
- 17 Länsi-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen alueellinen arviointi 2000 Länsi-Suomen läänissä. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja 5/2001. Länsi-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto 2001. [http://www.laanhallitus.fi/lh/lansi/home.nsf/pages/8108C26237C19A1DC2256DDB00440B64/\\$file/ppa2000+Sosiaali-tja+terveystoimi.pdf](http://www.laanhallitus.fi/lh/lansi/home.nsf/pages/8108C26237C19A1DC2256DDB00440B64/$file/ppa2000+Sosiaali-tja+terveystoimi.pdf).
- 18 Varjoranta P, Pietilä AM. Kouluterveydenhuolto tänään: selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa Aiheita 4/1999. Helsinki: Stakes 1999.
- 19 Parkkila V. Kouluterveydenhuollon toiminta ja voimavarat Oulun läänissä vuonna 2000. Pro gradu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto 2004.
- 20 Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.

*Hanne Kivimäki*

TtM, tutkija

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

hanne.m.kivimaki@uta.fi

*Elise Kosunen*

LT, yleislääketieteen professori (Mvs.)

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

*Arja Rimpelä*

LT, kansanterveystieteen professori

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

*Vesa Saaristo*

Fil. yo, tutkija

Stakes, Kuntapalvelut

*Kirsi Wiss*

Tt yo, tutkija

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Stakes, Kuntapalvelut

*Matti Rimpelä*

LKT, tutkimusprofessori

Stakes, Kuntapalvelut

## English summary

## Annual planning and evaluation of school health services at the municipal level in Finland

### Background

According to the Primary Health Care Act, it is the duty of the municipal health centres to deliver school health services. We studied the implementation of the national quality guidelines of 2002 and 2004 regarding activity plans and annual reports in the whole country in 2005. Furthermore, we investigated changes in planning activities in the Province of Western Finland (PWF) from 1998 to 2005.

### Methods

Inquiries to health centre managers produced 201 responses in the spring and 227 responses in the autumn of 2005. Inquiries to health centres in PWF, carried out in 1998 and 2000, produced comparable information from 73 health centres. The contents of 99 activity plans and 60 annual reports in all were analysed.

### Results

68 % of the health centres reported drawing up an activity plan and 43% an annual report, as compared to 33% who reported compiling both on an annual basis. Most of the documents were short, and the content recommendations were implemented in only a few reports. Between 1998 and 2005, the proportion of health centres delivering activity plans remained unchanged while that of the centres delivering annual reports increased. The contents of the annual reports became more thoroughly elaborated.

### Conclusions

The variation in activity plans and annual reports is large, and only a few health centres implement the national quality recommendations in the planning and evaluation of school health services.

Hanne Kivimäki

MSc

University of Tampere

School of Public Health

E-mail: hanne.m.kivimaki@uta.fi

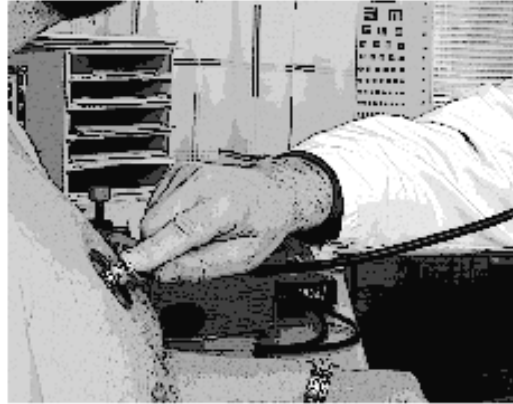
Elise Kosunen

Arja Rimpelä

Vesa Saaristo

Kirsi Wiss

Matti Rimpelä



## Opettavainen tapaus

Oiko kolidallesi sattunut  
harvinaise tai opettavaine  
potilastapaus? Kerro siitä  
muillekin Lääkäreiden  
Ihkijoille!

Tapausselostuksessa  
kerrotaan potilaan  
sairaudesta, sen  
diagnoosimisesta ja hoidosta.  
Lisäksi siinä kerrotaan, miten  
sairaus ja valitut toimenpiteet  
vaikuttivat lopputulokseen.  
Kirjoita tapausselostukseen  
myös, miten tilanne poikkesi  
tavallomaisesta, mikä siitä  
teki mielenkiintoisen tai  
vaikean ja mitä siitä opittiin.

Tapausselostuksen pituus on  
enintään kolme  
käsikirjoituslinskaa  
(n. 10 000 merkkiä) ja  
kivittämisen rikastaa sisältöä  
usein.

Katso tarkemmat  
kirjoitusohjeet lehden  
internet-sivulta  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)



# JULKAISU

## II

### **Kouluterveydenhuollon käynnit 1994–2005 – Toteutuiko tasa-arvo terveyskeskusten välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella?**

Kivimäki, H., Saaristo, V., Kosunen, E., Rimpelä, A., Wiss, K. & Rimpelä, M.  
(2007).

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44(4), 207–215.

<https://journal.fi/sla/article/view/578>

**Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa**





# Kouluterveydenhuollon käynnit 1994–2005 — Toteutuiko tasa-arvo terveyskeskusten välillä informaatio- ohjauksen aikakaudella?

Kunnat ovat vastanneet kouluterveydenhuollosta normiohjauksen purkamisen (1993) jälkeen.

Palvelutarjonnan tasa-arvoisuutta informaatio-ohjauksen aikana selvitetään terveyskeskusten välisellä kouluterveydenhuollon käyntivaihtelulla 1994–2005.

Tutkimuksen aineistona olivat 227 terveyskeskuksen kouluterveydenhuollon käynnit. Väestöön suhteutettujen käyntimäärien vaihtelua tutkittiin Gini-kertoimella ja regressiosuoralla, käyntimäärien yhteyttä terveyskeskusta kuvaaviin tekijöihin regressioanalyysillä.

Koululääkärikäyntien määrän vaihtelu terveyskeskusten välillä oli suurta jakson alussa ja lisääntyi hieman tarkasteluajana. Vuonna 2005 lääkärikäyntien mediaani oli 22 tuhatta 7–18-vuotiasta kohden (vaihteluväli 0–633), muiden käyntien 1695 (612–3316). Lääkärikäynnit vähenivät tarkastelujaksolla ja vaihtelu lisääntyi 1997 jälkeen. Muilla ammattihenkilöillä käyntien vaihtelu väheni. Koululääkärikäyntimäärän vähenemistä eivät selittäneet kouluterveydenhuollon muilla ammattihenkilöillä käyntien, yksityislääkärikäyntien tai muiden lasten/nuorten lääkärikäyntien lisääntyminen.

Terveyskeskusten välinen vaihtelu kouluterveydenhuollon käynneissä pysyi informaatio-ohjauksen aikana suurena ja osin lisääntyi.

**HANNE KIVIMÄKI, VESA SAARISTO, ELISE KOSUNEN, ARJA RIMPELÄ, KIRSI WISS,  
MATTI RIMPELÄ**

## JOHDANTO

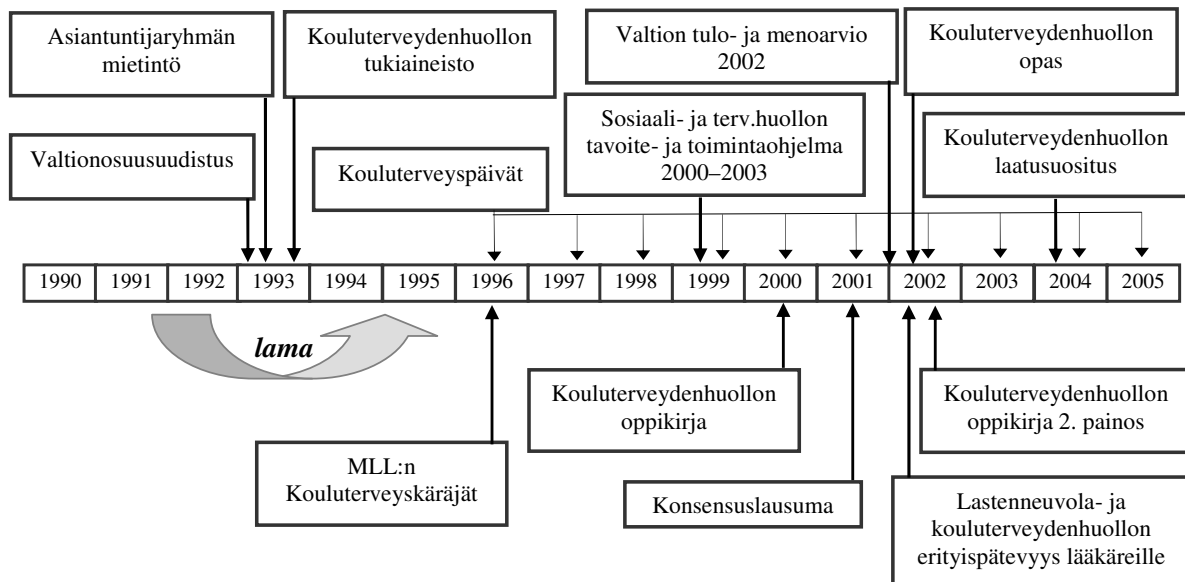
Lääkintöhallitus ja lääninhallitukset ohjasivat ja seurasivat kouluterveydenhuoltoa 1950-luvulta alkaen 1990-luvun alkuun saakka. Vuonna 1993 valtionhallinnon normiohjaus kansanterveystyössä purettiin ja korvattiin informaatio-ohjauksella (Oulasvirta ym. 2002). Päävastuu kouluterveydenhuollon kehittämisestä siirtyi tässä yhteydessä kunnille. Samaan aikaan ajoittuneen taloudellisen laman seurauksena kunnat vähensivät kouluterveydenhuollon henkilöstöä ja karsivat toimin-

(Heikkilä 1993, Marjamäki 1994, Latikka ym. 1995, Salmi ym. 1996). Tämä heijastui kouluterveydenhuollon käynneissä, jotka vähenivät vuodesta 1994 vuoteen 2005 lääkärikäyntien osalta 29 prosenttia ja muiden käyntien osalta 14 prosenttia. Kun käyntejä vielä vuonna 1994 oli yhteensä 2417 tuhatta 7–18-vuotiasta kohti, niin vuonna 2005 luku oli enää 2098. Vuosina 1994–1997 väestöön (7–14-vuotiaat) suhteutetut avoterveydenhuollon lääkärikäynnit lisääntyivät ensin 1.5 käynnistä 1.7 käyntiin, mutta vähenivät sen jälkeen niin, että vuonna 2005 oli 1.2 käyntiä

Kuvio 1.

Kouluterveydenhuollon tärkeimmät ohjaustoimenpiteet 1990–2005.

## VALTION OHJAUS



## MUU OHJAUS

asukasta kohti. (Stakes 2005, Stakes 2006).

Kasvava huoli lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntymisestä (Bardy ym. 2001) viritti 1990-luvun puolivälin jälkeen kannanottoja kouluterveydenhuollon puolesta (esim. Suomen Vanhempainliiton kannanotto 1996, Laakso 1998). Ammatillinen ja valtionhallinnon informaatio-ohjaus alkoivat nopeasti lisääntyä ja täyttää normiohjauksen jättämää aukkoa (Kuvio 1). Hyvät yhteiset käytännöt kiteytettiin kouluterveydenhuollon oppikirjassa (Terho ym. 2000 ja 2002), konsensuslausumassa koululaisten terveydestä ja kouluterveydenhuollosta (Duodecim 2001) sekä kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) ja vuonna 2004 ilmestyneessä laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2004).

Alueellinen tasa-arvo on ollut keskeinen päämäärä sekä yleisessä terveyspolitiikassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) että kouluterveydenhuollon informaatio-ohjauksessa (ks. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2004). Kysymys kouluterveydenhuollon palvelujen saannin oikeudenmukaisesta jakautumisesta

ja alueellisten erojen kasvusta nousi esiin valtiontilintarkastajien (2002) raportissa 2000-luvun alussa. Tilintarkastajat huomauttivat tilastoinnin ja seurannan kehittämisen olevan edellytys mm. palvelujen yhdenmukaiselle saatavuudelle. Kun kouluterveydenhuollon toteutumista seurattiin varsin yksityiskohtaisesti 1970-luvun loppuun saakka, supistui tiedonkeruu sittemmin käyntien lukumääriin (Rimpelä ym. 2006a). Vuodesta 1994 alkaen kouluterveydenhuollon terveydenhoito- ja sairaanhoitokäynnit on tilastoitu yhteen ammattikunnittain (Stakes 2004).

Kouluterveydenhuollon käynnit koostuvat oppilaiden määräaikaisista terveystarkastuksista sekä oppilaiden terveystarpeista lähtevistä käynneistä. Kouluterveydenhuollon järjestää kunnan terveyskeskus. Jos terveyskeskus noudattaa valtakunnallisia suosituksia, väestöön suhteutettujen terveystarkastuskäyntien määrän tulisi olla suurin piirtein sama eri terveyskeskuksissa. Kouluterveyskyselyn mukaan yläluokkalaisten oireisuus lisääntyi vuosina 1996–2005 (Luopa ym. 2006). Kouluikäisten alueelliset terveyserot eivät kuitenkaan ole suuria (Karvonen ym. 2003, Luopa ym.

2006), joten oppilaiden terveystarpeista lähtevien käyntien vaihtelun ei pitäisi olla merkittävää terveyskeskusten välillä. Näin ollen kouluterveydenhuollon yhteenlaskettujen käyntien terveyskeskuskohtaiset erot heijastavat ennen kaikkea palvelujen tarjonnan erilaisuutta ja siten oppilaiden eriarvoisuutta asuinkuntien välillä.

Terveyskeskustasolla ei ole aikaisemmin tutkittu kouluterveydenhuollon käyntejä alueellisen tasa-arvon tai informaatio-ohjauksen näkökulmista. Lääneittäin kouluterveydenhuollon käyntejä on aikaisemmin kuvattu perusterveydenhuollon tilastoissa (Stakes 2005). Aiemmissä tutkimuksissa on todettu kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksen (Wiss ym. 2007) ja kouluterveydenhuollon toteuttamisen suunnitelmallisuuden (Kivimäki ym. 2007) vaihtelevan runsaasti terveyskeskusten välillä.

Tässä tutkimuksessa selvitetään kouluterveydenhuollon käyntien vaihtelua terveyskeskusten välillä vuosina 1994–2005. Väestövastuun yleistyttyä on mahdollista, että osa kouluterveydenhuollon lääkärikäynneistä on tilastoitunut terveyskeskuksen vastaanottokäynneiksi ja toisaalta terveyskeskusten lääkäripula on saattanut siirtää käyntejä yksityissektoreille. Näiden seikkojen huomioon ottamiseksi tutkitaan kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien ja muilla ammattihenkilöillä käyntien muutoksen yhteyttä terveyskeskuksen vastaanottokäyntien, lastenneuvolakäyntien ja yksityislääkärikäyntien muutokseen.

Tutkimus on osa Suomen Akatemian ja sosiaali- ja terveysministeriön tukemaa Kouluterveydenhuollon laatu, vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus (KERTTU) -tutkimushanketta.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusyksiköksi valittiin vuoden 2006 tilanteen mukaiset terveyskeskukset, jolloin tulokset ovat helpommin sovellettavissa nykytilanteeseen. Satunnaisvaihtelun vähentämiseksi pienimmät terveyskeskukset (7–18-vuotiaita alle 500 vuonna 2003 tai 2004) yhdistettiin sairaanhoitopiireittäin. Yhdistämisen jälkeen Varsinais-Suomen, Kymenlaakson, Keski-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Pohjois-Savon ja HUS:n sairaanhoitopiirien pienimpien terveyskeskusten kouluikäisen väestön määrä jäi edelleen alle 500. Yhdistämistä jatkettiin siten, että Kymenlaakson ja HUS:n pienet terveyskeskukset yhdistettiin, samoin Keski-Pohjanmaa Etelä-Pohjanmaahan ja Etelä-Savo Pohjois-Savoon. Varsinais-Suomea, jossa pienimpien terveyskeskusten yhdistetty väestömäärä oli 457,

ei katsottu voitavan perustellusti yhdistää muihin sairaanhoitopiiriin. Yhteensä 27 pienestä terveyskeskuksesta muodostettiin yhdeksän terveyskeskuskokonaisuutta. Kaksi muuta terveyskeskusta poistettiin aineistosta puutteellisten tietojen vuoksi. Lopullisessa aineistossa tutkimusyksiköjä oli 227, joista käytetään jatkossa nimitystä terveyskeskus.

Tutkimuksen kohteena olivat kouluterveydenhuollon käynnit, jotka jakaantuivat lääkärikäynteihin ja käynteihin muulla ammattihenkilöstöllä. Viime mainituista käytetään jatkossa ilmausta ”muut käynnit”. Käynnit sisältävät sekä määräaikaikäiskäynnit että vastaanottokäynnit.

Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien ja muiden käyntien lukumäärä sekä 7–18-vuotiaiden väestömäärä saatiin Stakesin Sotka-tietokannasta kunnittain vuosilta 1994–2005. Tiedot muokattiin yllä esitettyä terveyskeskusrakennetta vastaavaksi. Ilmeisen virheelliset luvut muutettiin puuttuviksi tiedoiksi (1.1 prosenttia lääkärikäynneistä ja 0.6 prosenttia muista käynneistä).

Terveyskeskusten keskinäistä vertailua ja ajallisen muutoksen tutkimista varten laskettiin kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien ja muiden käyntien määrä tuhatta 7–18-vuotiasta lasta kohti. Käyntimäärien ajallista muutosta kuvattiin aikasarjaan sovitetulla regressiosuoralla, jonka kulmakertoimen tulkittiin ilmaisevan käyntimäärien muutoksen suuntaa ja suuruutta. Kulmakertoimen tilastollisen merkitsevyyden mukaan (riskitaso 0.05) terveyskeskukset jaettiin käyntimääriltään vähentyneisiin, ennallaan pysyneisiin sekä lisääntyneisiin.

Terveyskeskusten välistä vaihtelua ja sen ajallista muutosta tutkittiin myös Gini-kertoimella, joka on useimmiten tulonjaon yhteydessä käytetty tasa-arvoisuuden mitta (Lambert 1993). Gini-kerroin kuvaa terveyskeskuskohtaisten arvojen keskimääräistä etäisyyttä toisistaan. Mitä pienempi kertoimen arvo on, sitä tasaisemmin käynnit ovat jakautuneet. Yleisimmin hajonnan kuvaamiseen käytetty variaatiokerroin reagoi Gini-kerrointa voimakkaammin yksittäisiin poikkeaviin havaintoihin, joita on tämän tutkimuksen aineistossa. Tämän vuoksi päädyttiin käyttämään Gini-kerrointa aineiston hajonnan kuvaamiseen eri vuosina.

Terveyskeskusten välisiä käyntimäärien eroja selitettiin ehkäiseviä palveluja sekä erityisesti lasten ja nuorten terveystalvuuksia kuvaavilla muutujilla. Nämä tiedot olivat saatavilla valtakunnallisesti terveyskeskustasolla samoilta ajanjaksoilta

kuin kouluterveydenhuollon käyntitiedot. Seuraavat käyntejä koskevat muuttajat laskettiin väestöön suhteutettuna, jolloin tiedot olivat verrattavissa terveyskeskuksittain. Regressiosuorat laskettiin, kuten on edellä kuvattu (suluissa tietolähde):

- **Lastenneuvolan lääkärikäyntien ja muiden käyntien muutos 1994–2005 (0–7-vuotiaat):** regressiosuorien kulmakertoimet (Stakes)
- **Lastenneuvolan väestöön (0–7-vuotiaat) suhteutetut lääkärikäynnit ja muut käynnit 2005**
- **Äitiysneuvolan lääkärikäyntien ja muiden käyntien muutos 1994–2005 (15–44-vuotiaat naiset):** regressiosuoran kulmakertoimet (Stakes)
- **Äitiysneuvolan väestöön (15–44-vuotiaat naiset) suhteutetut lääkärikäynnit ja muut käynnit 2005**
- **Avoterveydenhuollon muiden kuin kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos 1997–2004 (7–14-vuotiaiden osalta):** regressiosuoran kulmakerroin (Stakes)
- **Yksityissektorin lääkärikäyntien muutos 1994–2005 (5–15-vuotiaat):** regressiosuoran kulmakerroin (Kansaneläkelaitos)

Koska terveyskeskuksen henkilöstörakenne ja hallintomalli voivat vaikuttaa erityisryhmien palveluiden järjestämiseen joko suoraan (esim. terveydenhoitajien määrä) tai epäsuoraan (esim. väestövastuu), käyntimäärien eroja selitettiin myös terveyskeskusta yleisesti kuvaaville tekijöillä. Näistä saatiin käyttöön seuraavat tiedot:

- **Perusterveydenhuollon terveydenhoitajat/** 10000 asukasta 1994 (Stakes)
- **Perusterveydenhuollon terveydenhoitajien lukumäärän muutos 1994–2004:** regressiosuoran kulmakerroin (Stakes)
- **Terveyskeskuksen omistaja: kunta/kuntayhtymä** (kuntayhtymiksi luokiteltiin kaikki ne terveyskeskukset, jotka vastasivat useamman kuin yhden kunnan kansanterveystyöstä) (Stakes)
- **Lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltaminen: ei/kyllä.** (Hakulinen-Viitasen ym. (2005) neuvolaselvitys vuodelta 2004 päivitettyä Suomen Lääkäriliiton vuoden 2005 tiedoilla)
- **Terveyskeskuksen väestö vuonna 2004: väkiluvun logaritmi** (Tilastokeskus)

Selittävien muuttujien yhteyttä tutkittiin kouluterveydenhuollon käyntien muutokseen 1994–

2005 (selitettävänä muuttujana vuosien 1994–2005 käyntimääriin sovitettun regressiosuoran kulmakerroin). Muuttujien välinen yhteys tutkittiin ensin korrelaatioanalyyseillä ja ristiintaulukoinnilla. Tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä ( $p < 0.05$ ) olevat muuttajat otettiin regressioanalyyysiin.

Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS-ohjelmistolla (Statistical Package for the Social Sciences) ja kuvat R-ohjelmistolla (R Development Core Team 2006).

## TULOKSET

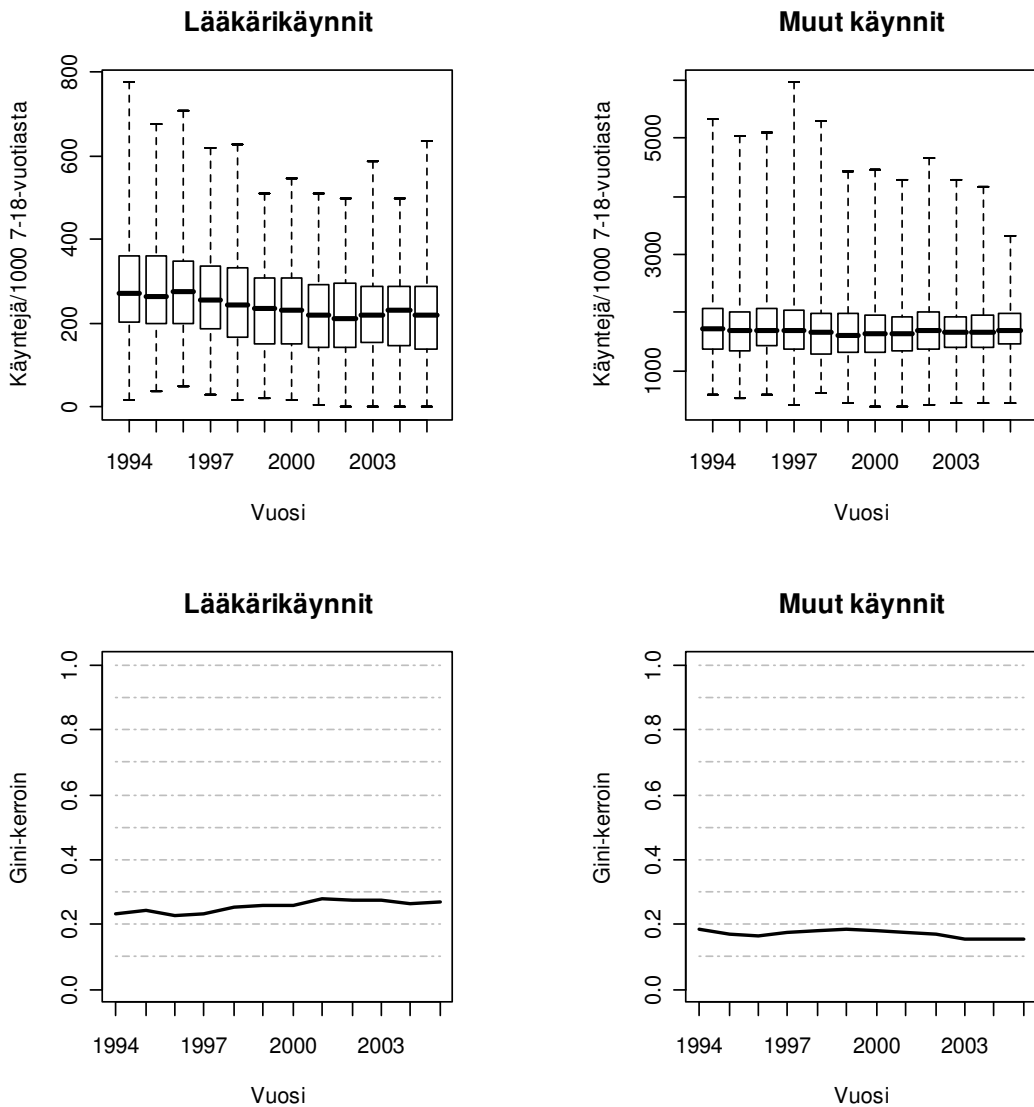
Terveyskeskusten keskimääräinen lääkärikäyntien määrä pieneni vuodesta 1994 vuoteen 2002 asti (Kuvio 2). Vuoden 2001 jälkeen lääkärikäyntimäärät pysyivät jokseenkin samanlaisina. Muissa käynneissä muutos oli pienekkö. Molempien käyntiryhmien vaihtelu pysyi ennallaan 1990-luvun lopulle, jonka jälkeen lääkärikäyntien vaihtelu lisääntyi hieman ja muiden käyntien vaihtelu pieneni. Kun lääkärikäyntien vaihtelua kuvaava Gini-kerroin vuosina 1994–1998 oli 0.23–0.25, luku oli myöhempinä vuosina 0.26–0.28. Muiden käyntien Gini-kerroin pysyi vuosina 1994–2002 tasolla 0.17–0.19 ja laski sen jälkeen tasolle 0.15–0.16.

Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutokseen oli yhteydessä vain neljä muuttujaa: lääkärikäynnit 1994 ja lastenneuvolan lääkärikäyntien muutos sekä kouluterveydenhuollon ja lastenneuvolan muiden käyntien muutos (Taulukko 1). Kun nämä muuttajat laitettiin samaan malliin, vain kahden ensin mainitun osalta yhteys jäi tilastollisesti merkitseväksi: Lääkärikäynnit vähenivät sitä enemmän, mitä enemmän käyntejä oli ollut vuonna 1994, ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit muuttuivat samaan suuntaan. Jos siis kouluterveydenhuollon käynnit vähenivät, vähenivät myös lastenneuvolakäynnit. Mallin selityssaste oli 49 prosenttia.

Kouluterveydenhuollon muihin käynteihin oli yhteydessä kuusi muuttujaa (Taulukko 1). Kun nämä muuttajat laitettiin samaan malliin, neljän yhteys säilyi tilastollisesti merkitsevänä. Kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutos oli samansuuntainen kuin lastenneuvolakäyntien muiden käyntien ja kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos. Lisäksi muiden käyntien muutos oli negatiivisesti yhteydessä näiden käyntien määrään vuonna 1994 eli mitä enemmän käyntejä jakson alussa, sitä enemmän ne vähenivät ja päinvastoin. Tätä päinvastainen yhteys to-

Kuvio 2.

Terveyskeskusten (N = 227) kouluterveydenhuollon lääkäri- ja muiden käyntien mediaani (poikkiviiva), kvartiiliväli (laatikko) ja vaihteluväli (yläkuvat) sekä Gini-kerroin (alakuvat) vuosina 1994–2005. Kvartiiliväliin sijoittuu 50 % havainnoista.



dettiin terveydenhoitajien määrään jakson alussa. Mallin selitysaste oli 38 prosenttia.

Lääkärikäyntien ja muiden käyntien muutoksen yhteyttä tutkittiin ristiintaulukoinnilla (Taulukko 2). Niistä 81 terveyskeskuksesta, joissa lääkärikäynnit vähentyivät, vain 11 terveyskeskuksessa (14 %) muut kouluterveydenhuollon käynnit lisääntyivät. Tätä yhteyttä tutkittiin tarkemmin laskemalla korrelaatiokerroin tarkastelejakson alun ja lopun erotuksille. Korrelaatio-

kerroin oli tilastollisesti merkitsevästi positiivinen ( $r = 0.133$ ;  $p$ -arvo = 0.048).

## POHDINTA

Kouluterveydenhuollon käyntien 1980-luvulla alkanut väheneminen (ks. Stakes 2005) jatkui vuosina 1994–2002, jonka jälkeen niiden keskimääräinen taso on pysynyt ennallaan. Käyntien väheneminen näkyi ennen kaikkea lääkärikäynneissä. Terveyskeskusten väliset erot olivat suuria

**Taulukko 1.**

Terveyskeskusten (N = 227) kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien ja muiden käyntien muutokseen 1994–2005 yhteydessä olevat tekijät monimuuttujamallissa. Standardoitu regressiokerroin ja p-arvo.

Selittävä tekijä	Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos		Kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutos	
	Standardoitu kerroin	p-arvo	Standardoitu kerroin	p-arvo
<b>LÄÄKÄRIKÄYNNIT</b>				
Kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit 1994	-0.605	< 0.001	0.099	0.174
Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos			0.169	0.016
Lastenneuvolan lääkärikäyntien muutos	0.296	< 0.001	..	..
Äitiysneuvolan lääkärikäyntien muutos	..	..	..	..
Muiden avoterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos	..	..	..	..
Yksityislääkärikäyntien muutos	..	..	..	..
Lastenneuvolan lääkärikäynnit 2005	..	..	..	..
Äitiysneuvolan lääkärikäynnit 2005	..	..	..	..
<b>MUUT KÄYNNIT</b>				
Kouluterveydenhuollon muut käynnit 1994	..	..	-0.572	< 0.001
Kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutos	0.083	0.099		
Lastenneuvolan muiden käyntien muutos	0.023	0.647	0.156	0.005
Äitiysneuvolan muiden käyntien muutos	..	..	..	..
Lastenneuvolan muut käynnit 2005	..	..	..	..
Äitiysneuvolan muut käynnit 2005	..	..	..	..
<b>MUUT TEKIJÄT</b>				
Terveysneuvoja/10000 vuonna 1994	..	..	0.188	0.001
Terveysneuvojien lukumäärän muutos	..	..	..	..
Terveyskeskuksen omistaja	..	..	..	..
Väestövastuuvirkkaehtosopimus	..	..	..	..
Terveyskeskuksen väestöpohjan koko 2004	..	..	0.044	0.458
Mallin selitysaste	49 %		38 %	

.. Tekijä ei merkitsevässä yhteydessä korrelaatio- ja ristiintaulukkoanalyyseissä eikä siten otettu mukaan monimuuttujamalliin

Tilastollisesti merkitsevät kertoimet lihavoitu (riskitaso 0.05).

**Taulukko 2.**

Terveyskeskusten (N = 227) kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutos lääkärikäyntien muutoksen mukaan vuosina 1994–2005.

		Lääkärikäynnit			
		Vähentyneet	Ennallaan	Lisääntyneet	Yhteensä
Muut käynnit	Vähentyneet	24 29.6 %	25 18.2 %	0 0.0 %	49 21.6 %
	Ennallaan	46 56.8 %	82 59.9 %	6 66.7 %	134 59.0 %
	Lisääntyneet	11 13.6 %	30 21.9 %	3 33.3 %	44 19.4 %
	Yhteensä	81 100.0 %	137 100.0 %	9 100.0 %	227 100.0 %

jo jakson alussa ja lääkärikäyntien osalta vaihtelu hieman lisääntyi. Kouluterveydenhuollon palvelujen tarjonnan epätasaisuus ei ole tasoittunut informaatio-ohjauksen aikakaudella. Havainnot tukevat niin valtionalouden tarkastusviraston (2006) kuin apulaisoikeuskanslerinkin (2007) päätelmiä informaatio-ohjauksen heikosta vaikutuksesta.

Vertailukelpoista aineistoa kouluterveydenhuollon käynneistä oli saatavissa vasta vuodesta 1994 alkaen. On mahdollista, että kouluterveydenhuollon voimavarojen supistukset laman yhteydessä olivat aiheuttaneet merkittävän osan niistä terveyskeskusten välisistä eroista, jotka havaittiin heti tutkimusjakson alkaessa. Varsin todennäköisesti eroja oli kuitenkin olemassa jo ennen lamaa normiohjauksen aikana. Valitettavasti terveyskeskuskohtaisia tietoja käynneistä ei ole tuolta ajalta enää löytynyt.

Aineisto koostuu terveyskeskusten ilmoittamista kouluterveydenhuollon käyntiluvuista. Nämä luvut ovat ainoa käytettävissä oleva aineisto valtakunnallisten käyntitietojen kuvaamiseen. Vaikka vuosittaisissa luvuissa ja terveyskeskusten ilmoituksissa onkin satunnaisia virheitä, antavat luvut kuitenkin koko maan tasolla luotettavan kuvan muutoksista. Aineistoa pyrittiin myös parantamaan poistamalla ilmeisen virheellisesti kirjatut tiedot, jotka paljastuivat mm. peräkkäisiä vuosia tarkastelemalla. Tämä lisää muutosten luotettavuutta. Kuten valtioneuvoston tarkastajien kertomuksessa (2002) todetaan, tilastoinnin ja seurannan parantaminen on edellytys esimerkiksi sille, että palvelujen saatavuutta voitaisiin kehittää yhdenmukaisempaan suuntaan.

Selittäjinä käytetyt muuttujat kuvaavat monipuolisesti terveyskeskusten henkilökuntarakennetta, palvelujen järjestämistä ja niiden käyttöä. Käyttöä on mitattu erityisesti muiden ehkäisevien palveluiden osalta, jotka voisivat toisaalta kilpaila kouluterveydenhuollon palvelujen kanssa ja toisaalta olla osa samaa ehkäiseviin palveluihin panostamisen strategiaa. Kaikki tiedot on kerätty samalla tavalla eri terveyskeskuksista, joten ne niiden tulisi olla valtakunnallisesti vertailukelpoisia terveyskeskusten välillä. Terveyskeskusten välistä vaihtelua on kuvattu Gini-kertoimella. Tätä menetelmää on vastaavatyypisissä analyyseissä käyttänyt esim. Hujanen (2006). Gini-kerroin antaa tässä aineistossa luotettavamman kuvan vaihtelusta kuin yleisimmin käytetty variaatiokerroin, jolle tämän aineiston jakauma olisi ollut liian vino.

Kouluterveydenhuollon lääkärikäyntien muutos ei ollut yhteydessä 7–14-vuotiaiden avoterveydenhuollon lääkärikäyntien muutoksen eikä yksityislääkärikäyntien muutokseen. Tämä tulos sulkee pois sen mahdollisuuden, että aiemmin kouluterveydenhuoltoon kirjatut käynnit olisivat siirtyneet muiksi lääkärikäynneiksi.

Mielenkiintoinen tulos oli, että lastenneuvoloiden lääkärikäynnit vähenivät samoissa terveyskeskuksissa kuin kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit. Yhteisenä selittäjänä voisi olla lääkäripula. Toinen mahdollisuus on, että näiden palveluiden yhtäaikainen väheneminen heijastaa terveyskeskuksen johdon suhtautumista lasten ja nuorten terveydenhuoltoon sekä ehkäiseviin palveluihin yleensä.

Kouluterveydenhuollon muiden käyntien muutokset jakautuivat hieman lääkärikäyntien muutoksia tasaisemmin. Vajaassa kolmanneksessa terveyskeskuksista kouluterveydenhuollon muut käynnit lisääntyivät ja yhtä suuressa osassa vähentyivät tilastollisesti merkitsevästi. Kouluterveydenhuollon muut käynnit vähenivät, jos terveyskeskuksessa oli vähän terveydenhoitajia vuonna 1994 tai jos lastenneuvolan muut käynnit tai kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit vähenivät. Näiden tietojen mukaan kouluterveydenhuollon käyntimäärien väheneminen oli yhteydessä käyntien vähenemiseen muissa lasten terveyspalveluissa.

Terveyskeskusten henkilöstöhallinnon kannalta tärkeä havainto oli lääkärikäyntien ja muiden käyntien muutosten yhteys toisiinsa. Kouluterveydenhuollon muut käynnit lisääntyivät vain 14 prosentissa niistä 81 terveyskeskuksesta, joissa lääkärikäynnit vähentyivät. Vastaava tulos saatiin myös tutkittaessa kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta vuonna 2005 (Wiss ym. 2007). Kun kouluterveydenhuoltoa kehitetään kokonaisuutena, tulisi lääkärikäyntien vähentämistä esimerkiksi lääkäripulan vuoksi korvata lisäämällä terveydenhoitajakäyntejä. Tämän vahvistamiseksi olisi lääkärikäyntien muutoksen korreloitava negatiivisesti muiden käyntien muutokseen. Kerroin oli kuitenkin positiivinen.

Lääkäripulan aiheuttamaa lääkärikäyntien vähenemistä kouluterveydenhuollossa on vain harvoissa terveyskeskuksissa korjattu lisäämällä muiden käyntien tarjontaa.

Tämä tutkimus vahvistaa aiempia havaintoja (Rimpelä ym. 2005, Rimpelä ym. 2006b, Saaristo 2006) terveyskeskusten välisistä suurista eroista kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhuollon

käyntimäärien erot terveystieteiden välillä heijastavat pääasiassa palvelujen tarjonnan eroja. Tästä näkökulmasta, mahdolliset virhelähteetkin huomioonottaen, terveystieteiden väliset käyntimäärien erot ja niiden muutossuunnat ovat mer-

kittäviä ja saattavat kouluikäiset nuoret eriarvoiseen asemaan. Apulaisoikeuskanslerin (2007) mukaan kuntien väliset erot kouluterveydenhuollossa vaarantavat perusoikeuksien toteutumista yhdenvertaisella tavalla.

Visits to school health services in 1994–2005 – Equity in service provision between health centres during the era of steering by information

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2007;44:207–215

Since the undoing of the centralized steering by rules (1993), Finnish municipalities have the responsibility for developing school health services (SHS). This study examines the equity in SHS available during the period of steering by information 1994–2005 at health centre-level in terms of visiting rates.

SHS visiting rates per thousand 7–18-year-olds in health centres (N = 227) were analyzed using Gini coefficient and regression line. Associations between visiting rates and factors describing the health centres were investigated by regression analysis.

The variation in visiting rates between health centres was large in the beginning of the study

period and it increased somewhat during it. In 2005, the median of the visiting rate for school doctors was 220 (range 0–633), and for other visits (mostly to school health nurse) 1695 (612–3316). Doctor visits decreased to some extent during the period and their variation between health centres increased slightly after 1997, while in other visits the variation decreased. The decrease in visits to school doctors could not be explained by any increase in other visits to SHS, to private doctors or to other health services for children and adolescents.

The variation in visits to SHS between health centres remained large and partly increased since the steering by information started.

## KIRJALLISUUS

- Apulaisoikeuskansleri Jonkka J. Kouluterveydenhuollossa ongelmia. Tiedote 16.2.2007. Oikeuskanslerinvirasto 2007. <http://www.okv.fi/ suomi/tiedote/t070216f.htm> 4.6.2007
- Bardy M, Salmi M, Heino T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes. Raportteja 263/2001. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi 2001.
- Duodecim. Koululaisten terveys. Konsensuskokous 12–14.11.2001. Duodecim 2001;117:2583–94.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 22. Yliopistopaino, Helsinki 2005.
- Heikkilä M. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto talousahdingossa. Kriisejä ja selviytymisstrategioita. Teoksessa Heikkilä M, Hänninen S, Kosunen V, Mäntysaari M, Sallila S, Uusitalo H. Hyvinvoinnin pääteppysäkällä? Aineistoa hyvinvointipolitiikkaa ja lamaa koskevaan keskusteluun. Stakes. Raportteja 128. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1993, 57–104.
- Hujanen T, Pekurinen M, Häkkinen U. Terveystieteiden ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Stakes. Työpapereita 11/2006. Helsinki 2006.
- Karvonen S, Rimpelä M, Luopa P. Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveys-
- tottumuksissa. Peruseräraportti 2000–2003. Stakes. Tutkimuksia 131/2003. Helsinki 2003.
- Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä M. Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. Suom Lääkäril 2007;62:61–67.
- Laakso J. Kouluterveydenhuolto hoitoketjussa. Suom Lääkäril 1998;53:4107–10.
- Lambert PJ. *The Distribution and Redistribution of Income. A Mathematical Analysis*. Second edition. Manchester University Press, 1993.
- Latikka AM, Perälä ML, Hemminki E, Taskinen S. Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. Suom Lääkäril 1995;50:349–353.
- Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005. Stakes. Työpapereita 25/2006. Valopaino Oy: Helsinki 2006.
- Marjamäki P. Muutokset eräissä ehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita. 1994:12. Helsinki 1994.
- Oulasvirta L, Ohtonen J, Stenvall J. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002:19. Helsinki 2002.



- R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna Austria. 2006. <http://www.R-project.org> 5.6.2007
- Rimpelä M, Ojajarvi A, Luopa P, Kivimäki H. Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Stakes. Työpapereita 1/2005. Helsinki 2005.
- Rimpelä M, Kivimäki H, Wiss K, Kosunen E, Saaristo V, Rimpelä A. Kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947–2004. Julkaisussa Hiltunen E (toim.) Terveystieteen tutkimuksen päivät 2006. Stakes. Työpapereita 26/2006. Helsinki 2006a, 136–8.
- Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Kouluterveydenhuolto syksy 2005–perusraportti kyselystä terveyskeskusjohtolle. 2006b. [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK\\_KTHperusraportti180106.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK_KTHperusraportti180106.pdf). 5.6.2007
- Saaristo V. Vastaanottokäyntien määrän selittäminen kouluterveydenhuollossa. Tilastotieteen pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, 2006.
- Salmi M, Huttunen J, Yli-Pietilä P. Lapset ja lama. Stakes raportteja 197. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1996.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 2001:3. Helsinki 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 2004:8. Helsinki 2004.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki 2002.
- Stakes. Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985–2002. Tilastotiedote 3/2004. [https://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/085046E5-81DF-4DFA-80B1-7A2DEBE969ED/0/Tt03\\_04.pdf](https://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/085046E5-81DF-4DFA-80B1-7A2DEBE969ED/0/Tt03_04.pdf). 9.6.2007
- Stakes. Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985–2004. Tilastotiedote 27/2005. [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/0B202317-9008-4CF4-B822-ACAE2E5B6273/0/Tt27\\_05.pdf](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/0B202317-9008-4CF4-B822-ACAE2E5B6273/0/Tt27_05.pdf). 4.6.2007
- Stakes. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2005. Tilastotiedote 17/2006. [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/77A36F7F-DC5A-447B-8E4C-ECFCDE725DA8/0/Tt17\\_06.pdf](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/77A36F7F-DC5A-447B-8E4C-ECFCDE725DA8/0/Tt17_06.pdf). 15.3.2007
- Suomen Vanhempainliiton kannanotto 9/1996.
- Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2000.
- Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Kustannus oy Duodecim, Helsinki 2002.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus – suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan. Tarkastuskertomus 136/2006. Edita Prima Oy, Helsinki 2006.
- Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 2001. Helsinki 2002. <http://www.eduskunta.fi/fakta/vtilt/index.htm> 20.02.2007
- Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Rimpelä M. Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. Suom Lääkäril 2007;62:53–59.

#### HANNE KIVIMÄKI

*TtM*

*Tampereen yliopisto*

*Terveystieteen laitos*

*Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusyksikkö*

#### VESA SAARISTO

*FM, tutkija*

*Stakes*

*Tampereen alueyksikkö*

#### ELISE KOSUNEN

*LT, yleislääketieteen professori (mus.)*

*Tampereen yliopisto*

*Lääketieteen laitos*

#### ARJA RIMPELÄ

*LT, HTM, M.Sc. kansanterveystieteen professori*

*Tampereen yliopisto*

*Terveystieteen laitos*

#### KIRSI WISS

*TtM, tutkija*

*Stakes*

*Tampereen alueyksikkö*

#### MATTI RIMPELÄ

*LKT, tutkimusprofessori*

*Stakes*

*Tampereen alueyksikkö*



# JULKAISU III

## **Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland**

Kivimäki, H., Saaristo, V., Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T. & Rimpelä, A.  
(2019).

Scandinavian Journal of Caring Sciences 33(1), 165–175.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12617>

**Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa**



# Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland

Hanne Kivimäki MSc (Researcher)<sup>1</sup> , Vesa Saaristo MSc (Specialist)<sup>2</sup>, Kirsi Wiss MSc (Specialist)<sup>2</sup>, Marjut Frantsi-Lankia MD (Medical Adviser)<sup>3</sup>, Timo Ståhl PhD (Chief Specialist)<sup>2</sup> and Arja Rimpelä MD, PhD (Professor)<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Researcher, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland, <sup>2</sup>National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland,

<sup>3</sup>The Social Insurance Institution of Finland, Helsinki, Finland, <sup>4</sup>Faculty of Social Science, Health Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland and <sup>5</sup>Department of Adolescent Psychiatry, Tampere University Hospital, Tampere, Finland

*Scand J Caring Sci*; 2019; 33: 165–175

## Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland

Universal school health services are expected to offer similar, needs-based services to all students across schools, service providers and students' socio-economic statuses and health needs. This study investigates access to school health nurses in Finland. The objectives were to study the differences in access to school health nurse between service providers, schools, students' characteristics and school health nurse resources. Access was examined through a nationwide School Health Promotion study, which is a self-reporting, voluntary and anonymous survey for 8th and 9th graders (15 to 16-year old, N = 71865). The ethical committee of the National Institute for Health and Welfare has approved procedure for the School Health Promotion study. Data on school health nurse resources and service providers were

obtained from the national database (534 schools; 144 service providers). Multilevel logistic regression was used. Of the pupils, 15% of girls and 11% of boys reported difficult access to a school health nurse. The number of adolescents who reported difficult access ranged between service providers (0%–41%) and schools (0%–75%). Students with lower socio-economic background, poorer well-being at school, lack of support for studying and greater health needs reported difficult access more often. School health nurse resources were associated with difficult access only among boys, when resources were under the national recommendations. These findings raise concern about equality and unmet health needs in school health services.

**Keywords:** access, adolescents, school health nurse, school health services, universal health care.

*Submitted 7 January 2018, Accepted 20 August 2018*

## Introduction

Adolescence is often considered to be a period of good health. However, about 12% of this age group suffers from chronic conditions and mental health disorders (1). Further, health-compromising behaviours often begin in adolescence. The processes of physical, mental and sexual maturation in adolescence point out a need for health services tailored for this age (1–5). World Health Organization's (6) guidance on adolescent-friendly services emphasises health systems that are responsive to adolescent needs with easy and equal access and appropriate care. The purpose is to reach those who are vulnerable or lack services, without discriminating anyone. Still,

the way the health services for adolescents are organised, if these are organised, varies greatly between countries (7–10).

School health services have the potential to offer easy access for adolescents in their everyday environment (10, 11), and school health nurses are important providers of children's and adolescents' health services (12). In Finland, school health services are part of universal preventive health care, free of charge for pupils. They are organised by municipal service providers, which means each service provider organises services for one or more schools. Services are available mainly during school hours and are usually located at schools or in primary health care centres close to schools. School health services include regular health examinations, open-door clinic, acute medical care for minor symptoms or injuries, some specialist care as well as the promotion of well-being and safety at school (13, 14). For pupils, open-door clinics offered by school health nurses are important

### Correspondence to:

Hanne Kivimäki, Public Health Nurse, National Institute for Health and Welfare, P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, Finland.  
E-mail: hanne.kivimaki@thl.fi

© 2018 The Authors.

*Scandinavian Journal of Caring Sciences* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of Nordic College of Caring Science.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

channels to get help with health or well-being problems (15). These clinics must be organised in a way that pupils can access them when needed, even without an appointment (16). School health nurses also counsel pupils in sexual matters and deliver contraceptives.

Equal access to school health services means that pupils have access to similar services regardless of the school adolescents attend or the municipality in which they live. It also means that those who have more health needs have access to services according to their needs. It is known that in many countries school health services are not equitably reachable or the content and resources of the services vary (17). Also in Finland, there has been variation between service providers in personnel resources which has resulted variation in meeting the recommended number of the health examinations (18, 19).

Less is known how school health services meet the different health needs of pupils. Previous studies have reported that adolescents' difficulty in accessing health care is connected to the unmet health needs, such as diseases or health-compromising behaviour (20, 21), or families with low income (20). Ethnicity has been found to have a connection with difficult access to care (22, 23), but results also claim that racial or ethnic differences in access do not exist (21). According to World Health Organizations' survey, making the access to school health services equal for all groups of young people would improve the relevance of the services to pupils' health and developmental needs (17).

We study how Finnish adolescents, from ages 14 to 16, perceive the access to school health services, specifically regarding open-door appointments with nurses. We investigate whether there is variation among municipal service providers or schools in pupils' self-reported access to open-door clinics of school health nurses. Secondly, we study whether those at risk of health and well-being problems perceive access to school health service more difficult than those without these problems. Access to school health nurses is studied since the primary contact of the pupils regarding any health and well-being problems would be their school health nurse. School nurses also meet with all pupils for annual health and well-being examinations, so they are familiar to most pupils and are usually the only staff member in school health and social services who has an open-door clinic.

## Methods

### Data and participants

The data were merged from two sources: (1) the School Health Promotion study (SHP) 2013 and (2) the Benchmarking System of Health Promotion Capacity Building (BSHPCB) data collection for comprehensive schools in 2013.

The School Health Promotion (SHP) study monitors 10 to 20-year-old's health and well-being. The study has been conducted nationwide every second year since 1996. Participation is free of charge for pupils, schools and municipalities. All Finnish municipalities with pupils in the 8th and/or 9th grades were invited to the study, and municipalities or schools decided on the participation. The data were collected via a voluntary, anonymous classroom survey in March and April in 2013. The nationwide SHP data included 84 per cent ( $N = 99\,478$ ) of all pupils from the 8th and 9th grade. The National Institute for Health and Welfare is responsible for the study, and its ethical committee has approved the procedure (24, 25).

The Benchmarking System of Health Promotion Capacity Building (BSHPCB) is a nationwide benchmarking tool for schools and local governments. Its purpose is to support the managing, planning and evaluating of health promotion activities. Data from comprehensive schools were collected nationwide online in digital form in October/November 2013. The data collection form was addressed to principals of all comprehensive schools, who collected the data in collaboration with a school welfare team. Data were received from 757 of the 949 (80%) schools with grades 7–9 or 1–9. The National Institute for Health and Welfare and the Finnish National Board of Education are responsible for biennially collecting the data used (26).

The data for this study were formed by combining the SHP and the BSHPCB data. The SHP data comprise responses from 8th and 9th graders from lower secondary schools. Respondents who answered less than 50% of the questions, or did not report their gender or grade, were excluded (24). All schools from the BSHPCB data that had not reported the school health nurse resource information described below were excluded ( $N = 48$ , 5548 pupils). Information on school type and the number of pupils from the BSHPCB data were used to exclude remaining special schools ( $N = 37\,614$  pupils) and schools with less than 10 respondents ( $N = 29$ ,  $N = 122$  pupils). These were excluded in order to eliminate a possible bias in the school-level results. The final data included 534 schools (56% of the original schools' data set) from 144 service providers' areas, and 71 865 pupils (63% of Finnish 8th and 9th graders).

### Measures

*Outcome variable.* The outcome variable, *self-reported access to a school health nurse*, was measured by the question, "If you wanted to visit your school health nurse, physician, social worker or psychologist, how easy would it be to get an appointment? Please give an answer for each item." The items were presented on a four-point scale ("Very easy"; "Fairly easy"; "Fairly difficult"; "Very

difficult). "Access to school health nurse" was dichotomised as difficult ("Fairly difficult" and "Very difficult") or easy ("Fairly easy" and "Very easy").

**Predictors.** Individual-level predictors were from the SHP study and indicating common health needs and risks to well-being based on literature (27, 28). They have been grouped by the adolescents' socio-demographic background, school-related well-being, health and health behaviours (Table 1). Before analysis, variables were dichotomised ("yes"/"no") to make scales convergent.

Adolescents' socio-demographic backgrounds were described using five dichotomous items. Birth country was measured with the question, "In which country were you and your parents born?" with several alternatives. The variable was dichotomised to "Immigrant background" (adolescents' birth country other than Finland) and "Others" (birth country Finland). Living conditions were measured by the question, "Who are the adults you live with? Choose the option that best describes your situation", and the variable was dichotomised as "Does not live with mother and father" ("my mother and my father alternately, my parents don't live together"; "only my mother"; "only my father"; "my father/mother and his/her partner"; "one or more other adults"; "none of the above") and "Others" ("my mother and my father").

**Table 1** Frequencies of individual-level variables related to adolescents' socio-demographic background, school-related well-being and health needs among Finnish 8th and 9th graders (N = 71865).

Individual-level variable	Boys (N = 37 648)		Girls (N = 37 200)	
	%	N	%	N
<b>Socio-demographic background</b>				
Immigrant background	3.2	1129	2.2	804
Does not live with mother and father	30.6	10471	32.4	11,521
Parent unemployed	27.7	9595	29.3	10,500
Parents have no high education	58.4	20790	58.4	21,187
Discussion difficulties with parents	6.9	2397	9.7	3,465
<b>School-related well-being</b>				
Academic performance under average	59.7	21047	37.6	13,541
Lack of support from school for studying	22.3	7730	23.2	8,238
Lack of support from home for studying	14.3	4941	18.1	6,408
<b>Health needs</b>				
Heavy drinking	12.9	4528	11.4	4,105
Sexual intercourse	21.6	7390	22.2	7,794
Perceived health moderate or bad	12.6	4464	19.0	6,884
Daily health complaint	22.6	7500	42.1	14,591
School burnout	11.3	3986	14.3	5,167
Bullied weekly	7.6	2674	6.3	2,284

The employment status of parents was measured with the question, "During the past year, have your parents been unemployed of laid-off?" and dichotomised as "Parent unemployed" ("one of my parents"; "both parents") and "Others" ("neither of my parents"). The education of parents was asked about with the question, "What is the highest educational level your parents have achieved?" The items were dichotomised as "Parents have no higher education" (Comprehensive school or primary school; upper secondary school or vocational education institution; occupational studies in addition to upper secondary school or vocational education institution; no education; also, if education was not reported) and "Others" (university, university of applied sciences or other higher education institution).

Adolescents' relationships with their parents were described by "Discussion difficulties with parents". The original question was "Can you talk about things that concern you with your parents?" and the alternatives were dichotomised as "Discussion difficulties with parents" ("hardly ever"; "every once and a while") and "Others" ("fairly often"; "often"). The age and grade of the pupils were not considered in the analysis because of the small amount of variation between respondents; pupils were in 8th or 9th grade and mainly 15–16 years old.

School-related well-being was described by three dichotomous items. Academic performance, which was asked by the question, "What was your average grade (all subjects) on your latest school report?" was dichotomised to "Academic performance under average" (alternatives "<6.5"; "6.5–6.9"; "7.0–7.4"; "7.5–7.9") and "Others" (alternatives "8.0–8.4"; "8.5–8.9"; "9.0–9.4"; "9.5–10.0"). "Lack of support from school for studying" or "Lack of support from home for studying" were originally measured by the question, "If you have difficulties at school or with your school work, how often do you get help? Please give an answer for both items." with a four-point scale ("Whenever I need"; "on most occasions"; "rarely"; "hardly ever") for both "at school" and "at home". The items were dichotomised as "Lack of support from school/home for studying" ("rarely"; "hardly ever") and "Others" ("whenever I need"; "on most occasions").

Adolescents' health needs were described using six items. General alcohol consumption was one topic explored ("On the whole, how often do you consume alcohol, a half-bottle of beer or more, for example?"), and evaluated with a scale ("once a week or more often"; "a couple of times a month"; "about once a month"; "not very often"; "I do not consume alcoholic beverages."). Drinking habits were asked about ("How often do you use alcohol to get heavily drunk?") and evaluated on a scale ("Once a week or more often"; "About 1 to 2 times a month"; "Not very often; "Never"). These were dichotomised into a sum variable "Heavy drinking" (those who reported in the first question consuming alcohol and in the second question using it to get heavily drunk at least once a month) and

"Others" (those who reported consuming alcohol to get heavily drunk less than once a month or did not reported consuming no alcohol at all). Sexual intercourse was measured by the question, "Have you had sexual intercourse?" and dichotomised to "Sexual intercourse" (If they answered yes, they were to respond to the follow-up question "Yes, on how many occasions? Once; 2 to 4 times; 5 to 9 times; 10 times or more") and "Others" ("No").

Health status was measured with the question, "How is your health in general? Is it very good; fairly good; moderate; fairly or very bad?" The responses were dichotomised as "Perceived health moderate or bad" ("Moderate"; "Fairly or very bad") and "Others" ("Very good"; "Fairly good"). Daily health complaints during the previous 6 months were also included in the analysis. Pupils were asked, "In the last six months, have you experienced any of the following symptoms, and how often? Please give an answer for each item: Neck or shoulder pain; lower back pain; abdominal pain; tenseness or anxiety; irritability or bouts of anger; trouble falling asleep, waking up during the night; headache; tiredness or dizziness." Each item was measured on a four-point scale ("Seldom or never"; "About once a month"; "About once a week"; "Almost every day"), and responses were dichotomised as "Daily health complaints" ("Almost every day") and "Others" ("Seldom or never"; "About once a month"; "About once a week"). Those who reported at least one daily health complaint were grouped into the "Daily health complaint" category and the rest to "Others".

Sum variable "School burnout" was based on the School Burnout Inventory (SBI) (29). Pupils were originally asked, "Have you had any of the following feelings relating to school work? Please give an answer for each item." The alternatives were "I feel overwhelmed by school work"; "It feels that there is no point in studying" and "I feel inadequate at my studies". Every alternative was scored ("Hardly ever" and "A few times a month" = 0 points; "A few days a week" = 1 point, "Almost daily" = 2 points). Those who got from 3 to 6 points were grouped into the "School burnout" category, and those receiving less than 3 points were labelled as "Others".

Bullying was studied by asking a question "How often have you been bullied at school during this semester?" with a four-point scale ("Several times a week"; "about once a week"; "rarely"; "not at all"). The responses were dichotomised as "Bullied weekly" ("Several times a week"; "About once a week") and "Others" ("Rarely"; "Not at all").

*School health nurse resources.* School health nurse resources were from the BSHPCB data. The original question measured school health nurse resources in monthly working hours or monthly working days. These resources were transformed to person-years. The figures were proportioned to 100 pupils. The variable describing the

school health nurse-to-pupil ratio was categorised into the following groups: 0–400 pupils; 401–500 pupils; 501–600 pupils; over 600 pupils/school health nurse. The national recommendation is at most 600 pupils per one full-time school health nurse (30), which means 20 days or 140.25 hours per month. For example, the local circumstances, adolescents' need for special support and the availability of a school psychologist and social worker are taken into account when allocating the resources (30).

### *Design and analyses*

Individual-level variables were first examined with frequencies (Table 1). For further analysis, we used a multi-level logistic regression model because of the data's hierarchical nature; each service provider organised the services at one or more school and each school had multiple pupils. The service providers and schools were included in the model as random effects. Multilevel analysis was used to evaluate pupil and school-level factors as fixed effects on the self-reported access, a pupil-level outcome variable.

Analyses were performed separately for boys and girls due to variation in individual-level variables. The variables were brought into the model in the following order: 1. Service provider, 2. School, 3. Predictors, including both individual-level variables and school health nurse resources. The predictors' associations with difficult access was studied with both bivariate and multivariate analysis. Service providers and schools were included in the analysis to study possible variation within them and to adjust for their random effects. The standard deviation describes their unexplained variation in self-reported access; the bigger the value, the greater the variation. The marginal and conditional coefficients of determination represent the variance explained after each variable group was included in the model (31). The marginal coefficient of determination describes how the fixed predictors explain the variation in the self-reported access. The conditional coefficient of determination describes how the whole model explains the same variation. The strength of each predictors' association with access to a school health nurse is shown in an odds ratio (OR).

The analyses were conducted with R software, version 3.3.1 (32), package lme4 (33). The marginal and conditional coefficients of determination were calculated with Lefcheck's (34) function rsquared.glm. The level of significance was set at 0.05.

## **Results**

### *Equality in access to a school health nurse by service providers and schools*

Most adolescents reported that access to a school health nurse was easy (Table 2). Of the pupils, 13% reported



**Table 2** Access to school health services among Finnish 8th and 9th graders in lower secondary schools (N = 71865)

Access to school health nurse	Boys (N = 35 580)	Girls (N = 36 285)	All (N = 71 865)
Very easy	44.6%	36.8%	40.7%
Rather easy	44.1%	48.1%	46.1%
Rather difficult	8.1%	12.2%	10.2%
Very difficult	3.1%	2.9%	3.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

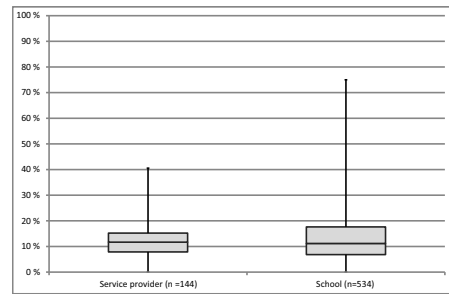
that access was rather or very difficult. Girls reported difficult access more often than boys (15% and 11%, respectively).

The self-reported access varied depending on the service provider and school (Figure 1). The proportion of adolescents who reported access to a school health nurse as being difficult ranged between service providers from 0 to 41%. Among schools, the number ranged between 0 and 75%.

In the model with the service provider as the only predictor, the standard deviation of the random effect was 0.49 for boys and 0.58 for girls. When the school was added to the model, the standard deviation of the random effect on the service provider declined among both boys (0.17) and girls (0.18). The standard deviation of the random effect on the school was higher, 0.68 for boys and 0.87 for girls, implying most of the unexplained variation lay on the school level rather than on the level of the service provider. All selected predictors together had little effect on the standard deviation of the random effects. The variation between service providers slightly increased among boys (SD 0.19) and decreased among girls (SD 0.15), while the variation between schools slightly increased in both models (among boys to 0.72 and among girls to 0.89).

#### *Access to school health nurses and risks to adolescent health and well-being*

The variation between pupils in self-reported access to a school health nurse was studied further with bivariate and multivariate models. The first model including service providers only explained 7% of boys' (Table 3) and 9% of girls' (Table 4) variation in difficult access. After including schools, the model explained 13% of variation among boys and 19% among girls. Second, the individual-level variables and school health nurse resources explained some of the variation in difficult access between adolescents. After including them, the whole multivariate model explained 20% of boys' and 23% of girls' variation in self-reported access to a school health nurse.

**Figure 1** Boxplots representing the amount of adolescents (%) who reported difficult access to school health nurse by service providers (N = 144) and schools (N = 534). Box = 25th and 75th percentiles, line = median, bars = min and max values.

Tables 3 and 4 show the association between difficult access and the fixed predictors. The bivariate models show that many predictors describing adolescents' backgrounds, well-being or health needs have association with difficult access. In the multivariate model, when all predictors are taken into account, most of those associations remain.

When looking at background variables, the risk for difficult access was higher among those who had an immigration background or difficulties in discussion with parents, among girls whose parents had no higher education. Among boys, those who lived outside of a nuclear family had a lower risk for difficult access, meaning that boys in nuclear families actually had a higher risk. Parents' unemployment had no statistically significant connection with perceived access.

Variables related to school-related well-being had the strongest association with difficult access. Those who had weaker academic performance or a lack of support from school for studying difficulties were more likely to report difficult access. Among girls, a lack of support from home for studying difficulties had a similar connection.

Adolescents' health needs were also associated with difficult access. Those whose perceived health was moderate or bad and those who had daily health complaints or school burnout reported difficult access more often than others. Among boys, the odds were higher among those who were bullied on a weekly basis or had experienced sexual intercourse. Heavy drinking was not associated with difficult access.

The association between different school health nurse resources and difficult access was quite low in both the bivariate and multivariate models (Tables 3 and 4). A higher risk for difficult access was found among boys only when resources were under national recommendations, i.e., more than 600 pupils per one school health nurse.

**Table 3** Associations between difficult access to a school health nurse and adolescents' socio-demographic background, school-related well-being, health needs or school health nurse resources among boys

	<i>Model 1 Service provider</i> (N = 35 580)	<i>Model 2 School</i> (N = 35 580)	<i>Bivariate models</i> (n = 34 118–35 580)	<i>Multivariate model</i> (N = 29 353)
(Intercept)	<b>0.11 (0.10–0.12)</b>	<b>0.11 (0.10–0.12)</b>		<b>0.06 (0.05–0.07)</b>
School health nurse resources (pupils/school health nurse)				
Under 400 (ref)				
400–500			1.15 (0.96–1.38)	1.18 (0.96–1.45)
501–600			1.01 (0.82–1.23)	1.06 (0.84–1.32)
Over 600			<b>1.23 (1.00–1.51)</b>	<b>1.32 (1.06–1.65)</b>
Adolescents' socio-demographic background				
Immigrant background (ref: born in Finland)			<b>2.55 (2.20–2.97)</b>	<b>1.32 (1.08–1.62)</b>
Does not live with mother and father (ref: Lives with mother and father)			<b>0.81 (0.75–0.87)</b>	<b>0.91 (0.83–0.99)</b>
Parent unemployed (ref: Parent employed)			<b>1.19 (1.10–1.28)</b>	1.02 (0.93–1.11)
Parents have no higher education (ref: At least one parent has higher education)			0.97 (0.90–1.04)	1.06 (0.97–1.15)
Discussion difficulties with parents (ref: Can discuss concerns with parents often)			<b>2.80 (2.53–3.12)</b>	<b>1.50 (1.31–1.73)</b>
Adolescents' School-related well-being				
Academic performance under average (ref: Academic performance at least average level)			<b>0.93 (0.87–1.00)</b>	<b>1.24 (1.14–1.35)</b>
Lack of support from school for studying (ref: Support from school for studying at least on most occasions)			<b>4.47 (4.05–4.92)</b>	<b>2.64 (2.31–3.02)</b>
Lack of support from home for studying (ref: Support from home for studying at least on most occasions)			<b>2.74 (2.44–3.08)</b>	1.02 (0.87–1.20)
Adolescents' health needs				
Heavy drinking at least once a month (ref: Heavy drinking less than once a month or not at all)			<b>1.91 (1.75–2.09)</b>	1.11 (0.98–1.25)
Sexual intercourse (ref: No sexual intercourse)			<b>1.79 (1.65–1.93)</b>	<b>1.26 (1.14–1.39)</b>
Perceived health moderate or bad (ref: Perceived health fairly or very good)			<b>1.97 (1.80–2.15)</b>	<b>1.29 (1.16–1.44)</b>
School burnout (ref: No school burnout)			<b>3.30 (3.03–3.59)</b>	<b>1.83 (1.63–2.05)</b>
Bullied weekly (ref: Bullying less than weekly or not at all)			<b>2.41 (2.18–2.67)</b>	<b>1.42 (1.25–1.62)</b>
Daily health complaint (ref: Health complaints less than daily or not at all)			<b>2.10 (1.95–2.26)</b>	<b>1.28 (1.17–1.41)</b>
Coefficient of Determination				
Marginal R <sup>2</sup>	0.000	0.000	0.0003–0.037	0.068
Conditional R <sup>2</sup>	0.068	0.129	0.128–0.164	0.202
Random effects Std Dev				
School (N = 534)		0.676	0.669–0.686	0.718
Service provider (N = 144)	0.492	0.168	0.161–0.208	0.190

Associations presented as odds ratio (95% confidence interval). Models adjusted for service provider and school. Ref = reference group. Significant odds ratios (OR) are presented in bold (p < 0.05).

## Discussion

According to the results, school health services are well accessible; 87% of adolescents reported access to school health

nurses as being easy. Still, 11% of boys and 15% of girls felt access was difficult. The portion of adolescents who perceived difficult access varied from 0% to 41% between service providers and from 0% to 75% between schools. Further

**Table 4** Associations between difficult access to a school health nurse and adolescents' socio-demographic background, school-related well-being, health needs or school health nurse resources among girls

	<i>Model 1 Service provider</i> (N = 36 285)	<i>Model 2 School</i> (N = 36 285)	<i>Bivariate models</i> (n = 35 170–36 285)	<i>Multivariate model</i> (N = 32 165)
(Intercept)	<b>0.15 (0.13–0.16)</b>	<b>0.14 (0.12–0.15)</b>	<b>0.12–0.15 (0.11–0.16)</b>	<b>0.08 (0.06–0.09)</b>
School health nurse resources (pupils/school health nurse)				
Under 400 (ref)				
400–500			1.20 (0.96–1.49)	1.20 (0.96–1.51)
501–600			1.11 (0.87–1.41)	1.09 (0.85–1.40)
Over 600			1.22 (0.96–1.55)	1.18 (0.92–1.52)
Adolescents' socio-demographic background				
Immigrant background (ref. group: born in Finland)			<b>1.44 (1.19–1.73)</b>	<b>1.25 (1.01–1.55)</b>
Does not live with mother and father (ref: Lives with mother and father)			0.96 (0.90–1.02)	1.04 (0.97–1.12)
Parent unemployed (ref: Parent employed)			<b>1.07 (1.00–1.15)</b>	1.00 (0.93–1.07)
Parents have no higher education (ref: At least one parent has higher education)			<b>1.09 (1.02–1.16)</b>	<b>1.13 (1.06–1.22)</b>
Discussion difficulties with parents (ref: Can discuss concerns with parents often)			<b>1.84 (1.68–2.02)</b>	<b>1.33 (1.20–1.48)</b>
Adolescents' school-related well-being				
Academic performance under average (ref: Academic performance at least average level)			1.04 (0.98–1.11)	<b>1.23 (1.14–1.33)</b>
Lack of support from school for studying (ref: Support from school for studying at least on most occasions)			<b>2.54 (2.28–2.84)</b>	<b>1.63 (1.43–1.85)</b>
Lack of support from home for studying (ref: Support from home for studying at least on most occasions)			<b>2.09 (1.88–2.32)</b>	<b>1.29 (1.13–1.46)</b>
Adolescents' health needs				
Heavy drinking at least once a month (ref. group: Heavy drinking less than once a month or not at all)			<b>1.38 (1.26–1.51)</b>	1.07 (0.96–1.19)
Sexual intercourse (ref: No sexual intercourse)			<b>1.25 (1.16–1.34)</b>	1.08 (0.99–1.17)
Perceived health moderate or bad (ref: Perceived health fairly or very good)			<b>1.59 (1.48–1.70)</b>	<b>1.21 (1.12–1.32)</b>
School burnout (ref: No school burnout)			<b>1.95 (1.81–2.11)</b>	<b>1.45 (1.32–1.59)</b>
Bullied weekly (ref: Bullying less than weekly or not at all)			<b>1.47 (1.31–1.65)</b>	1.01 (0.89–1.15)
Daily health complaint (ref: Health complaints less than daily or not at all)			<b>1.56 (1.47–1.66)</b>	<b>1.30 (1.21–1.40)</b>
Coefficient of Determination				
Marginal R <sup>2</sup>	0.000	0.000	0.00009–0.013	0.032
Conditional R <sup>2</sup>	0.092	0.192	0.192–0.206	0.225
Random effects Std Dev				
School (N = 534)		0.8663	0.864–0.875	0.8945
Service provider (N = 144)	0.5766	0.1752	0.162–0.199	0.1447

Associations presented as odds ratio (95% confidence interval). Models adjusted for service provider and school. Ref = reference group. Significant odds ratios (OR) are presented in bold ( $p < 0.05$ ).

analysis showed that many adolescents who had health and well-being problems perceived access as more difficult. The whole multivariate model explained 20% of variation between boys and 23% of variation between girls.

The variation in difficult access by service providers, schools and adolescents might reflect the previous inequality in school health services (17–19). Although, as expected, schools explained the variation between individuals more than between service providers, school health resources had an interesting association with difficult access only among boys when the national recommendation was not met. Better resources had no association with access. When considering this result, one should remember that there was no information available on how these resources were allocated. As noted by Telljohann et al. (35), access to school-based health care in schools with part-time nurses may not be as adequate as in schools with full-time nurses. On the other hand, Tylee et al. (28) noted that school health services might be inaccessible for several reasons, even if there were enough resources. According to a recent study, Finnish school health services have the possibility to intervene in children's health issues, but there are problems in entering care, and annual health examinations and their reporting use up a major part of the school health nurse resources (36). Currently, 61% of schools fulfil the national recommendations for school health nurse resources (37). The association between the availability of school health services and the allocation of resources needs further studying.

Finnish adolescents have the right to access school health services when needed (16). Still, our study shows that many factors describing school well-being or health needs are associated with difficult access. For example, adolescents with daily health complaints or school burn-out perceived access to school health services as more difficult. These results are in line with the previous finding that teenagers have health-related problems, especially mental health needs, which are not necessarily met by current services (5). These results are even more worrying considering that discussion difficulties with parents and the lack of support for studying difficulties were also associated with difficult access. Adolescents need support during physical, mental and sexual maturation (1–5). Appropriate adolescent-friendly services with easy and equal access are strongly needed (6), especially when support from home is not guaranteed. The association between health needs and access to school-based care needs more research.

Our findings showed that access to Finnish universal school health services is not strongly related to socioeconomic status. Parents' employment rate had no association with difficult access, and parents' lower education was associated with it only among girls. Still, background was shown to matter; adolescents with an immigrant

background had a higher risk for perceiving the access as difficult. According to previous studies, racial or ethnic disparities may exist in health care but not necessarily in school health services (21, 22). It is known that first generation immigrants have more problems in health and well-being than others (23). Compared to older groups, young immigrants more often have experiences related to insecurity, and school activities may promote their social relationships and strengthen perceived safety (38). Overall, it would be beneficial to study more immigrant adolescents' experiences of school health services and support their well-being at school.

Even though many variables related to health complaints or concerns were found to be connected with difficult access, there were some exceptions. Our study found no association between health-compromising behaviour—in our study heavy drinking—and access to universal school health services. Interestingly, boys with experience of sexual intercourse perceived access to a school health nurse more difficult than girls. In Finland, adolescents can get counselling concerning sexual health and contraceptives from school health services (10). Future research should focus on gender equality in sexual counselling in school health services.

Even though many pupils' perceived access to school health services easy, difficult access does not tell whether adolescents received help in the end. Our findings raise the concern of unmet health needs. Adolescents may not even seek help if they perceive access as difficult. Equality in access to school health services would improve the services in responding better to pupils' health and developmental needs (17). According to Borup and Holstein, many adolescents reflect the health dialogue they have with school nurse and follow the advice they get, pupils from lower social classes even more than others (39). School health services, which have the potential to promote pupils' health and well-being in their everyday environment, should be developed to be more adolescent-friendly.

### Limitations

This study is based mainly on the School Health Promotion study data, which represents most of Finnish lower secondary schools and 8th and 9th graders. The study is anonymous and voluntary, which increases the reliability. Still some limitations should be considered. There were some non-responses, mainly when pupils were absent from school or disabled to participate in the survey independently because of a disability or weak knowledge of language (24). Furthermore, pupils from special needs schools and schools that did not provide information on school health nurse resources, and schools that would have had less than 10 pupils in the study, were excluded from this research. Also the dichotomisation of

the variables may have caused a loss of some detailed information on how different variables are associated with difficult access. Still, selected predictors described the overall health needs and risk behaviour. Also, since most children in Finland attend public schools, the data represent the whole country and all socio-economic groups. However, as school health services are organised in several ways (7–10), our results can mainly be generalised to universal health care systems.

### Implications for school nursing practice

School-related well-being and overall support from both school and home are associated with perceived access to school health services. This means that when meeting students, school health nurses should put more attention on comprehensive well-being, including their family situation and school performance, and not only on traditional health matters. Teamwork between teachers and school health nurses could help to identify problems related to school, and contact with parents could help identify home-related problems. A Finnish innovation, Comprehensive health examination (10), where parents are invited and the teachers' assessment of a student is requested, would be useful in the school nurse practice.

Open-door clinics held by school nurses are important for everyday needs for students. Particularly for adolescents, health and well-being needs, e.g. mental problems or contraception, are often "urgent" because of their developmental phase. When the school health nurse is not on site until the following week, it does not satisfy these needs. New digital online options could be used in addition to necessary open-door clinic hours.

A majority of students reported access to school health services as easy or fairly easy, but there was a remarkable variation between schools. This raises the question of the allocation of school health nurse resources between schools. Schools are not homogeneous in the socio-economic structure (e.g. parents' education, children with special needs), other resources or students' performance. The educational authorities could allocate the resources so that those schools get more school nurse resources. For many years, the City of Helsinki has used educational policy where school resources are allocated partly according to a need-based index (40).

Adolescent-friendly services are supposed to involve adolescents in the planning and monitoring of services (6). As adolescents are probably eager to give their

opinions on services and various well-being needs, routine surveys could give information to help develop access to school health services. This could be organised, even school-based. Examples of such feedback systems in Finland are the School Health Promotion Study (24, 25), which collects school-based data nationally every second year, and the Benchmarking System of Health Promotion Capacity Building (26), which also collects school-based data.

### Conclusion

Access to Finnish school health services was mainly reported to be easy. Still, 13% of adolescents reported access as being difficult, and there was variation by service providers and schools even after several factors were adjusted for. Difficult access to a school health nurse was explained by selected variables in 20% of the variation in boys and 23% of the variation in girls. Several variables describing adolescents' health needs were found to be associated with perceived difficult access to school health nurses. These results might reflect previously found inequality in access to school health services (7, 8, 17). It is crucial to continue the study of the association between school health service resources, for example the amount of open-door service, and equality in access. Further studies are needed to recognise barriers to school health services in securing adolescent-friendly services and healthy adulthood.

### Acknowledgements

The authors thank all adolescents and principals, who participated in the original surveys. The first author was supported by grants from the Juho Vainio Foundation and the Competitive State Research Financing of the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital (Grant 9P063 and 9T055). The authors have stated explicitly that there are no conflicts of interest in connection with this article.

### Author contributions

All authors contributed to the concept and design of the study. VS and HK performed data analyses. HK, VS, TS and AR contributed to drafting of the manuscript. All the authors read, critically reviewed and approved the manuscript.

### References

- 1 Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet* 2007; 369: 11481–9.
- 2 Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, Bcheraoui CE, Moradi-Lakeh M, Kyu HH, Barber RM, Wagner J, Cercy K, Kravitz H, Coggeshall M, Chew A, O'Rourke KF, Steiner C, Tuffaha M, Charara R, Al-Ghamdi EA, Adi Y, Afifi RA, Alahmadi H, AlBuhairan F, Allen N, AlMazroa M, Al-Nehmi AA, AlRayess Z, Arora M, Azzopardi P,

- Barroso C, Basulaiman M, Bhutta ZA, Bonell C, Breinbauer C, Degenhardt L, Denno D, Fang J, Fatusi A, Feigl AB, Kakuma R, Karam N, Kennedy E, Khoja TA, Maalouf F, Obermeyer CM, Mattoo A, McGovern T, Memish ZA, Mensah GA, Patel V, Petroni S, Reavley N, Zertuche DR, Saeedi M, Santelli J, Sawyer SM, Ssewamala F, Taiwo K, Tantawy M, Viner RM, Waldfogel J, Zuniña MP, Naghavi M, Wang H, Vos T, Lopez AD, Al Rabeeah AA, Patton GC, Murray CJL. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016; 387: 2383–401.
- 3 Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302–13.
  - 4 Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, Arora M, Azzopardi P, Baldwin W, Bonell C, Kakuma R, Kennedy E, Mahon J, McGovern T, Mokdad AH, Patel V, Petroni S, Reavley N, Taiwo K, Waldfogel J, Wickremarathne D, Barroso C, Bhutta Z, Fatusi AO, Mattoo A, Diers J, Fang J, Ferguson J, Ssewamala F, Viner RM. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387: 2423–78.
  - 5 Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet* 2007; 369: 1130–9.
  - 6 World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services. An agenda for Change. 2002. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf). (last accessed 15 December 2017).
  - 7 Baltag V, Levi M. Organizational models of school health services in the WHO European Region. *J Health Organ Manag* 2013; 6: 733–46.
  - 8 Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behav Policy Rev* 2015; 4: 268–83.
  - 9 Crowley R, Armour-Marshall J, Wolfe I. Young people's health and health services. Chapter seven. *European Observatory on Health System and Policies. European Child Health Services and Systems: Lessons without borders* (Wolfe I, McKee M eds), 2013, Open University Press, Maidenhead, 183–96. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf), (last accessed 15 December 2017).
  - 10 Rimpelä A, Caan W, Bremberg S, Wiegiersma PA, Wolfe I. Schools and the health of children and young people. Chapter six. *European Observatory on Health System and Policies. European Child Health Services and Systems: lessons without borders* (Wolfe I, McKee M eds), 2013, Open University Press/McGraw-Hill, Maidenhead, 146–82. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf) (last accessed 15 December 2017).
  - 11 Soleimanpour S, Geierstanger SP, Kaller S, McCarter V, Brindis CD. The Role of School Health Centers in Health Care Access and Client Outcomes. *Am J Public Health* 2010; 100: 1597–603.
  - 12 Council on School Health. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics* 2008; 5: 1052–6.
  - 13 Health Care Act 1326/2010. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Finlex, <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326.pdf> (last accessed 15 December 2017).
  - 14 Government Decree 338/2011 on maternity and child health clinic services, school and student health services and preventive oral health services for children and youth. Finlex, <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2011/en20110338.pdf>, (last accessed 15 December 2017).
  - 15 National Institute for Health and Welfare. Terveydenhoitaja (The public health nurse), 2017 <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/kouluterveydenhuolto/toimijat/terveydenhoitaja> (last accessed 15 December 2017).
  - 16 Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. (Pupil and Student Welfare Act.) Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Finlex, <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2013/20131287> (last accessed 15 December 2017).
  - 17 WHO Regional Office for Europe. Pairing children with health services. The results of a survey on school health services in the WHO European Region, 2010. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/112389/E93576.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/112389/E93576.pdf) (last accessed 15 December 2017).
  - 18 Wiss K, Frantsi-Lankia M, Pelkonen M, Saaristo V, Ståhl T. *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014*. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Ohjaus 21/2014. (Maternity and child health clinics, school and student health care and oral health care for children and young people 2014 – Follow-up and monitoring of the implementation of the Decree (338/2011) Directions 21/2014.) 2014, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-356-7> (last accessed 15 December 2017).
  - 19 Wiss K, Hakamäki P, Hietanen-Peltola M, Koskinen H, Laitinen K, Manninen M, Saaristo V, Ståhl T. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – TEA 2015. Tilastokatsaus 2/2016. (Promotion of wellbeing and health in comprehensive schools – TEA 2015). 2016, National Institute for Health and Welfare and Finnish National Agency for Education, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016051111637> (last accessed 15 December 2017).
  - 20 Ford CA, Bearman PS, Moody J. Foregone health care among adolescents. *JAMA* 1999; 23: 2227–34.
  - 21 Parasuraman SR, Shi L. Differences in access to care among students using school-based health centers. *J Sch Nurs* 2015; 4: 291–9.
  - 22 Flores G, Lin H. Trends in racial/ethnic disparities in medical and oral health, access to care, and use of services in US children: has anything changed over the years? *Int J Equity Health* 2013; 12: 10.
  - 23 Matikka A, Luopa P, Kivimäki H, Jokela J, Paananen R. *The well-being of eight-year and ninth-year pupils with an immigrant background - School Health Promotion Study 2013*. Discussion paper 6/2015. 2015, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-434-2> (last accessed 15 December 2017).

- 24 Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki S, Jokela J, Laukkarinen E, Paananen R. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyyn tulokset. (Wellbeing of adolescents in Finland 2000–2013. The results of the School Health Promotion study.) Report 25/2014. 2014, The National Institute for Health and Welfare, Helsinki, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5> (last accessed 15 December 2017).
- 25 National Institute for Health and Welfare. School Health Promotion study, <https://www.thl.fi/fi/web/thlfi-en/research-and-expertwork/population-studies/school-health-promotion-study> (last accessed 15 December 2017).
- 26 National Institute for Health and Welfare. TEAvisari, <https://www.teaviisari.fi/teaviisari/en/index> (last accessed 15 December 2017).
- 27 Konu A, Rimpelä M. Well-being in schools: a conceptual model. *Health Promot Int* 2002; 1: 79–87.
- 28 Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 9572: 1565–73.
- 29 Salmela-Aro K, Kiuru N, Leskinen E, Nurmi J-E. School-burnout inventory (SBI). Reliability and validity. *Eur J Psychol Assess* 2009; 1: 48–57.
- 30 Ministry of Social Affairs. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosi- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:8. (Quality Recommendation for School Health Care. Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:8. 2004, Helsinki, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225962> (last accessed 15 December 2017).
- 31 Nakagawa S, Schielzeth A. A general and simple method for obtaining R<sup>2</sup> from generalized linear mixed-effects models. *Methods Ecol Evol* 2013; 2: 133–42.
- 32 R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. 2015, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <http://www.R-project.org> (last accessed 15 December 2017).
- 33 Bates D, Maechler M, Bolker B, Walker S. Fitting linear mixed-effects models using lme4. *J Stat Softw* 2015; 1: 1–48.
- 34 Lefcheck JS. PiecewiseSEM: piecewise structural equation modeling in R for ecology, evolution, and systematics. *Methods Ecol Evol* 2015; 5: 573–9.
- 35 Telljohann SK, Price JH, Dake JA, Durgin J. Access to school health services: differences between full-time and part-time school nurses. *J Sch Nurs* 2004; 3: 176–81.
- 36 National Audit Office of Finland. Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen koulu- ja terveyskeskuksissa (Preventing children's mental health problems and supporting their wellbeing through school health care services.) Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 3/2017. Koskinen M, Hanhinen S and Suni A. 2017, National Audit Office of Finland, Helsinki, <http://urn.fi/urn:isbn:isbn%20978-952-499-384-5> (last accessed 15 December 2017).
- 37 Wiss K, Ståhl T, Saaristo V, Kivimäki H, Frantsi-Lankia M, Rimpelä A. Terveydenhoitajat, lääkärit, psykologit ja kuraattorit peruskouluissa 2008–2015. (Pupil welfare services in Finnish comprehensive schools in 2008–2015.) *Suomen lääkärelehti* (Finnish Medical Journal) 2017, 72: 127–31.
- 38 Castaneda A, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S. Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Työpöytä 18/2015. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi –tutkimus 2014 (UTH). (Mental health, safety and social inclusion among people of foreign origin. Working paper 18/2015. The 2014 Survey on work and well-being among people of foreign origin (UTH)). 2015, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-535-6> (last accessed 15 December 2017).
- 39 Borup I, Holstein BE. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scand J Caring Sci* 2004; 18: 343–50.
- 40 Silliman M. Targeted Funding, Immigrant Background, and Educational Outcomes: Evidence from Helsinki's "Positive Discrimination" Policy. VATT Working Papers 91. 2017, VATT Institute for economic research, Helsinki. <https://vatt.fi/documents/2956369/4541479/wp91.pdf/d0921f09-baba-4120-a5cd-dc25243da4b6/wp91.pdf.pdf> (last accessed 8 August 2018).





# JULKAISU IV

## **Parents' participation in school health examinations for their adolescent children in Finland**

Kivimäki, H., Ståhl, T., Joronen, K. & Rimpelä, A. (2021).

The Journal of School Nursing (2021, online first), 1–11.  
<https://doi.org/10.1177/10598405211058841>

**Artikkelin käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa**



# Parents' Participation in School Health Examinations for Their Adolescent Children in Finland

The Journal of School Nursing

1–11

© The Author(s) 2021



Article reuse guidelines:

[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)

DOI: 10.1177/10598405211058841

[journals.sagepub.com/home/jsn](https://journals.sagepub.com/home/jsn)

Hanne M. Kivimäki, MSc<sup>1</sup> , Timo P. Ståhl, PhD<sup>1</sup>,  
Katja M. Joronen, PhD<sup>2</sup>, and Arja H. Rimpelä, MD, PhD<sup>3,4</sup>

## Abstract

Engaging parents in school health examinations can promote adolescents' well-being. We examined parents' participation in universal school health examinations in Finland reported by adolescents in school surveys (14 to 16-year-olds,  $N = 58,232$ ). Further we studied variation between service providers and schools, and student and school-level factors in participation. National data were analyzed using multilevel logistic regression models. Less than half of the adolescents reported parents' participation. The variation between service providers and schools was large. Non-participation was associated with mother's low education, students' immigrant background, daily health complaints, heavy drinking, and discussion difficulties with parents. Boys and those who did not live with both mother and father had a higher risk for parents' non-participation. Adolescents with a long-term illness or being bullied reported participation more often. Inviting parents and the school health nurse resource were not associated with participation. Our results raise the question of barriers to participation in health examinations.

## Keywords

health/wellness, school-based clinics, middle/junior/high school, quantitative research

Well-functioning school health services have a great opportunity to meet most adolescents and promote their health and well-being (Baltag et al., 2015; Leroy et al., 2017; Mason-Jones et al., 2012). Cooperation with families and parents is recommended in the context of school health services to guarantee the quality of services (National Association of School Nurses, 2016; World Health Organization, 2014). Communication with parents can help get a better view of children's well-being and socio-demographic background, which has a major effect on children's lives (Ristikari et al., 2018), and strengthen the effectiveness of health promotion activities (Busch et al., 2013; Ford et al., 2011; Kuntsche & Kuntsche, 2016). Parents' engagement in health services is important especially during adolescence when developmental changes and possible risk behavior may create the need for support and guidance (Patton et al., 2016).

One way for parents' involvement is their participation in students' regular health examinations, which are common in European school health services (Michaud et al., 2021; Rimpelä et al., 2013). In Finland, municipalities are service providers for universal school health services, and each municipality organizes these services for one or several schools in their area. Services are free of charge, and all 7 to 16-year-old students (1st–9th graders) are met in annual

health examinations. By law (Government Decree, 2011), three of them are comprehensive health examinations, namely those at the 1st, 5th, and 8th grades. Parents are invited to these to discuss the well-being of the whole family, get the parent's assessment of their child's well-being and obtain information and advice. Comprehensive health examinations include visits to both the school health nurse and the school doctor, and students have an opportunity for confidential conversation without parents. (Hakulinen-Viitanen et al., 2012; Rimpelä et al., 2013).

Most Finnish service providers report organizing all three comprehensive health examinations (TEAvisari, 2021a). Nevertheless, a study among school health nurses has

<sup>1</sup> The Department of Public Health and Welfare, Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

<sup>2</sup> Department of Nursing Science University of Turku, Turku, Finland

<sup>3</sup> Faculty of Social Sciences, Unit of Health Sciences, Tampere University, Tampere, Finland

<sup>4</sup> Department of Adolescent Psychiatry, Tampere University Hospital, Tampere, Finland

## Corresponding Author:

Hanne M. Kivimäki, MSc, The Department of Public Health and Welfare, Finnish Institute for Health and Welfare, Finland.

Email: [hanne.kivimaki@thl.fi](mailto:hanne.kivimaki@thl.fi)

shown that parents' participation is much rarer in the 8th-grade health examination for 14 to 15-year-old adolescents than in younger students' examinations. The parents' participation rate is also known to vary greatly between service providers and schools. (Hietanen-Peltola et al., 2019). Furthermore, earlier studies have shown a regional variation in school health services' resources (Wiss et al., 2017) and adolescents' perceived access to services (Kivimäki et al., 2019).

It is known that organizational, financial, social or cultural factors have an influence on the utilization of health services (Gulliford et al., 2002). Little is known of parents' participation in health examinations in school health services, but research has revealed barriers and facilitators to parents' involvement in school health services or school-based health promotion programs. First, the organization of school health services matters. The service provider's time constraints, competing demands, or system requirements may hinder parents' participation (Helitzer et al., 2011; Spencer et al., 2018). Likewise, parents' lack of information about the services, an inconvenient appointment time, or late notification of the appointment time may be barriers (Silván et al., 2014).

Second, the parents' or families' situation may prevent their participation. Limited resources—for example, difficulties with the schedule, time constraints, family demands, or the high cost of care may be barriers to participation (Garcia-Dominic et al., 2010; Silván et al., 2014). Parents' negative attitudes towards health examinations or school health services overall (Silván et al., 2014) and perceived low value of services (Garcia-Dominic et al., 2010) may also decrease participation.

Third, adolescents' health and well-being may have an influence. The participation may be lower if parents get information about their adolescent's health from a source other than the school health services or they think that their child and the family are doing well (Silván et al., 2014). On the other hand, among younger children, a child's worse health status has increased the risk for non-participation in health examinations (Gibb et al., 2019). Likewise, parents do not necessarily participate if they trust the adolescent's maturity to handle their own issues and want to give them privacy (Silván et al., 2014). Parents may participate less often if the adolescent is reluctant to their inclusion or parents suppose that their presence might make the discussion more difficult or that the adolescent might be embarrassed (Silván et al., 2014). On the other hand, efforts to ensure confidentiality might have an effect on participation and discussions of sensitive matters—parents' involvement might be difficult to promote if they do not approve of the possible risk behavior or are not aware of it (Helitzer et al., 2011).

Finally, several socio-demographic factors are associated with parents' participation. Fathers and older parents seem to participate less in comprehensive health examinations in

school health services, and single or unemployed parents participate slightly more often (Halme et al., 2013). On the other hand, the younger children's participation rate in the universal health examination or similar has been found to be lower, if either mother (Gibb et al., 2019) or both parents are young (Søndergaard et al., 2008) or if the child has a single parent (Søndergaard et al., 2008). Likewise, participation seems to be lower if the children are from socioeconomically deprived areas (Gibb et al., 2019; Wood et al., 2012), parents' have a low educational level, have a decreasing household income, or are outside of the labor market (Søndergaard et al., 2008). Cultural differences or language may be barriers to parents' involvement, too (National Association of School Nurses, 2016). Younger children seem to participate less in child health examinations if they have a refugee or immigrant background (Moller et al., 2016), but this association may vary by children's age (Søndergaard et al., 2008).

The purpose of this study was to examine whether parents participate in health examinations of their adolescent children and whether there is variation between schools or service providers in parents' participation rate. We also examine whether school health service organization or students' socio-demographic background, health, and well-being explain parents' non-participation. The factors studied were i) school health service organization: the school health nurse resource and the parents' invitation to comprehensive health examinations, ii) students' socio-demographic background: students' gender, parents' unemployment, mother's education, student's residence (living with mother and father), immigrant background, and iii) students' health and well-being: daily health complaints, long-term illness, heavy drinking, weekly bullying, and discussion difficulties with parents.

## Method

### Participants

Two nationwide data sources were used: the student-level data were obtained from the School Health Promotion study (SHP) and the school-level data from the Benchmarking System of Health Promotion Capacity Building (BSHPCB) data collection for comprehensive schools.

The SHP study is a nationwide survey that has monitored Finnish adolescents' health and well-being since 1996. The study is conducted by the Finnish Institute for Health and Welfare every second year, and the participation is free of charge for schools and municipalities. All Finnish lower secondary schools with students in the 8th and 9th grade were invited to the study. Data for this study was collected in April–May 2017 as an anonymous and voluntary online classroom survey. In total, 63% of all Finnish 8th and 9th graders ( $N=73,680$ ) participated in the study. (Finnish

Institute for Health and Welfare, 2020; Finnish Institute for Health and Welfare, 2021).

The SHP study data collection in 2017 was approved by the ethical committee of the Finnish Institute for Health and Welfare (THL/1704/6.02.0 1/2016). The students were informed of the aim and content of the survey. Students had an opportunity to decline participation, and the survey was anonymous. In addition, the parents and guardians were informed, and they could opt out of their child's participation by informing the teacher. (Finnish Institute for Health and Welfare, 2020; Finnish Institute for Health and Welfare, 2021).

The BSHPCB is a nationwide Finnish benchmarking tool for local governments and schools. The data collection is organized by the Finnish Institute for Health and Welfare and the Finnish National Agency for Education. The purpose is to manage, plan, and evaluate health promotion activities and resources. The data used were collected by principals from comprehensive schools with grades 1–9 or 7–9 in collaboration with the school welfare team. A total of 91% of comprehensive schools ( $N=735$ ) participated in October–November 2017. (TEAviisari, 2021b; Wiss et al., 2018).

The SHP study and the BSHPCB data sets were linked for this study using a unique school number given to each school. Additionally, the information about the service provider was obtained from the BSHPCB data collection from 142 municipal health centers (97%) in 2018 (TEAviisari, 2021a). To minimize possible bias in the school-level results, we excluded schools with fewer than 10 students in the 8th and 9th grades ( $n=50$  schools, 227 students) and likewise special education schools ( $n=28$  schools, 480 students) due to the students' special needs for support, and schools with missing information about the service provider in the BSHPCB data ( $N=10$  schools, 889 students).

## Measurement

**Outcome Variable.** Students were asked when they had had a health examination and if their parents participated in it. Parents' participation was measured by the question, "Was either of your parents with you at the health examination?", with five possible answers ("Yes, in 7th grade; Yes, in 8th grade; Yes, in 9th grade; No; Don't know"). Respondents could choose one option. The variable "Parents' participation in health examination" was dichotomized as "No" ("No") and "Yes" (Yes, in the 7th/8th/9th grade). The outcome variable was "Parents' non-participation in health examination" (participation/non-participation).

We included in our analyses those students who reported their grade, those who had a health examination by a school health nurse or a school doctor in grades 7–9, and those who reported parents' participation (yes/no) in the health examination in grades 7–9. According to school health nurses, the 8th-grade comprehensive health examination may have been organized during the summer holidays or even during

the previous school year (Hietanen-Peltola et al., 2019). Altogether, 21% of the students ( $N=15,112$ ) were excluded from the data for missing or invalid values for these questions. Most of them did not report attending a health examination in grades 7–9 with a school health nurse or school doctor ( $N=8,911$ ) or parent's participation in a health examination ( $N=4,152$ ) or did not know if their parents participated in it ( $N=6,498$ ).

**School-Level Variables.** School-related variables from the BSHPCB data were the school health nurse resource and the parents' invitation to the comprehensive health examinations. These described the organization of the school health services.

The school health nurse resource was originally measured by the nurse-to-student ratio and categorized into three groups: (1) 0–600 students/school health nurse; (2) over 600 students/school health nurse; and (3) not reported. The national recommendation is no more than 600 students per one full-time school health nurse (Ministry of Social Affairs and Health, 2004), which is 20 days or 140.25 h of work per month.

Schools were also asked if parents were invited to the 8th-grade comprehensive health examinations. A three-scaled parents' invitation (yes/no/not reported) was used as the covariate.

**Student-Level Variables.** Variables from the SHP study described students' socio-demographic background, health, and well-being. Most of them were dichotomized to make the scales convergent.

Four variables represented the students' socio-demographic background. Mother's education was categorized into a two-level variable (high/low). Parent's unemployment (no/yes) refers to whether at least one parent had been unemployed or laid-off during the past 12 months. Living with a mother and father refers to whether the student lived with them both in one home (yes/no). Student's immigrant background was categorized into three categories, according to the students' and parents' birth countries: (1) Finnish background (at least one parent born in Finland); (2) Immigrant background, born in Finland (student born in Finland and the only parent or both parents outside of Finland); (3) Immigrant background, born outside of Finland (both student and the only parent or both parents born outside of Finland). In addition to these, the student's gender (girl/boy) was used as a covariate.

Students' health and well-being were described with five dichotomized (yes/no) variables. "At least two daily health complaints" included the following health complaints: neck or shoulder pain; lower back pain; stomach ache; trouble falling asleep or waking up during the night; headache; tiredness or dizziness; stuffy nose or runny nose; dry or sore throat; cough; dry or watery eyes. Long-term illness refers to chronic illness or a health problem diagnosed by a

physician. Health behavior was described by heavy drinking at least once a month, meaning alcohol being consumed at least once a month to get heavily drunk. Weekly bullying described perceived bullying at school during that semester. Discussion difficulties with parents meant that the student could hardly ever talk about personal things with parents.

### Data Analysis

The frequencies of the covariates were first examined. The proportion of students who reported parents' participation was studied by service providers and schools. Bivariate associations between covariates and the outcome variable were studied with chi-square test. Multilevel logistic regression model was used to evaluate school- and student-level covariates as fixed effects on the parents' participation reported by students. Because the data were hierarchical, information about service providers and schools were included in the analysis to adjust for random effects (Heck et al., 2012). The association of school- and student-level covariates with parents' non-participation was studied with multivariate models.

The strength of each covariate's association with parents' non-participation was described in an odds ratio (OR) at a 95% confidence level. The analyses were conducted using SPSS version 27. The level of significance was set at 0.05.

## Results

### Characteristics of the Sample

The final data consisted of 58,232 students (50.0% of all Finnish 8th and 9th graders) from 653 schools (80.4% of all comprehensive schools for grades 1–9 or 7–9); 45.7% of them were boys and 54.3% girls.

Distributions of variables describing the organization of school health services are presented in Table 1, and variables describing students' socio-demographic background, health, and well-being are in Table 2. Most schools reported 600 students or fewer per one full-time school health nurse and parents' invitation to the comprehensive health examination. The total number of students includes those who did not report their gender. Since the frequencies of covariates were mostly at the same level for boys and girls, genders were combined in the analysis.

### Parents' Participation in Health Examinations

Less than half (44.1%) of the students ( $N = 58,232$ ) reported that parents had participated in their health examination: 14.8% in the 7th grade, 27.7% in the 8th grade, and 1.7% in the 9th grade.

The proportion of students who reported parents' participation ranged between service providers ( $N = 141$ ) from 1.4% to 83.4% (mean 44.7%, median 45.7%) and between

schools ( $N = 653$ ) from 0.0 to 91.6% (mean 42.8%, median 43.2%).

Parents' participation was less common (Table 3) if the school had not reported the school health nurse resource and parents were not invited to the comprehensive health examination. Likewise, students reported less participation by parents if they were boys, the mother had low education, they did not live with both mother and father, they did not have a Finnish background, and parents had been unemployed during the last year. Parents' participation was also less prevalent among those who had at least two daily health complaints, did not have a long-term illness, drank alcohol heavily at least once a month, were not bullied weekly, or had discussion difficulties with parents. Based on cross-tabulation, the reference category for long-term illness and weekly bullying was changed for further analysis. All studied variables had a statistically significant association with parents' participation.

Further analysis showed the associations between the organization of school health services and parents' non-participation (Table 4). Both bivariate and multivariate models showed that school health nurse resources under the national recommendations (600 students per one nurse) did not have a statistically significant association with parents' non-participation. Similarly, if the school health nurse resource was not reported, no association with parents' participation was found in the multivariate model. Students from schools that did not invite parents to the comprehensive health examination or did not report this information reported participation by parents was less likely, but these associations were not statistically significant in the multivariate model.

All selected student-level covariates had a statistically significant association with parents' non-participation in the bivariate model. The multivariate model revealed almost similar associations when the service provider and school were adjusted. Most of the socio-demographic covariates were associated with parents' participation. Boys were more likely to report parents' non-participation than girls, as did those whose mother had a low education compared to those whose mother had a high education. Parents' unemployment had a statistically significant association with parents' non-participation only in the bivariate model. Students who did not live with both mother and father reported lower participation by parents than others. Students with an immigrant background, both born in Finland and outside of Finland, reported less parent participation than those with Finnish background.

All covariates related to students' health and well-being were associated with parents' non-participation. Having at least two daily health complaints, drinking alcohol heavily at least once a month, and having discussion difficulties with parents were associated with parents' non-participation. Students with no long-term illness or no weekly bullying reported non-participation more often. This means that students who had a long-term illness or were bullied

**Table 1.** Distributions of Schools ( $N = 653$ ) and Students ( $N = 58,232$ ) According to the Organization of School Health Services.

School-level variable	Schools ( $N = 653$ ) $n$ (%)	Students			
		Boys ( $N = 26,507$ ) $n$ (%)	Girls ( $N = 31,460$ ) $n$ (%)	Total ( $N = 58,232$ ) $n$ (%)	
School health nurse resource	600 students or less per school health nurse	458 (70.1)	18,472 (69.7)	22,102 (70.3)	40,748 (70.0)
	Over 600 students per school health nurse	103 (15.8)	4,200 (15.8)	4,872 (15.5)	9,114 (15.7)
	Not reported	92 (14.1)	3,835 (14.5)	4,486 (14.3)	8,370 (14.4)
Parents' invitation to the comprehensive health examination	Yes	545 (83.5)	22,139 (83.5)	26,214 (83.3)	48,558 (83.4)
	No	44 (6.7)	1,639 (6.2)	2,073 (6.6)	3,739 (6.4)
	Not reported	64 (9.8)	2,729 (10.3)	3,173 (10.1)	5,935 (10.2)

Note. Those ( $n = 265$ ) who did not report their gender were included in the total.

weekly reported parents' participation more often than those without it.

## Discussion

Less than half (44%) of the adolescent students reported parents' participation in the health examination. Parents' participation was less likely if the mother had low education, the student did not live with both mother and father, or the student had an immigrant background. Furthermore, participation was less likely if the student was a boy, had at least two daily health complaints, got heavily drunk at least monthly, or had discussion difficulties with parents. Students who were bullied or had a long-term illness reported parents' participation more often. The parents' participation varied widely between service providers and schools, but the school health nurse resource was not related with the participation.

Our result of parents' low participation rate is consistent with Finnish school health nurses' assessment of parents' participation in the adolescents' comprehensive health examination (Hietanen-Peltola et al., 2019). Furthermore, the parents' participation rate varied greatly between schools and service providers. Similar results have been found in previous Finnish studies (Kivimäki et al., 2019; Wiss et al., 2017). The school health nurse resource or the parents' invitation to health examinations had no statistically significant association with parents' participation. On the other hand, there was no information about how the resources were allocated or in which format or language the invitations were sent. However, in Finland most schools use electronic communication systems to interact with parents and school health nurses often use these for direct messages to parents. In addition, it was not known if parents got the invitation in time or if they had the possibility to choose a suitable time for the appointment, both of which have an influence on participation (Silván et al., 2014). Our results reflect a variation in school health services that needs further investigation.

According to our results, mother's low education was associated with parents' non-participation. In line with our study, previous research (Gibb et al., 2019; Søndergaard et al., 2008; Wood et al., 2012) has shown that the odds for non-participation are higher in families with lower socioeconomic backgrounds. Likewise, our finding that an immigrant background was associated with non-participation is consistent with the existing literature (Moller et al., 2016). These results raise the concern that parents from these groups might face barriers to participation. World Health Organization (2014) has recommended that accessibility, equity, and acceptability need be considered when engaging with parents in school health services. These services should be accessible to all parents despite their socio-demographic background or possible language barriers (Schyve, 2007).

A previous study showed that a child's lower health status increased the risk for non-participation in the health examination (Gibb et al., 2019). According to our study, parents participated more often if their child had a long-term illness or was bullied. Still, students with several daily health complaints more often reported parents' non-participation. Student's chronic illness or bullying might be more familiar to parents than self-reported health complaints, and this creates the need for cooperation with health services. Regular health examinations can give a chance to discuss of all these matters.

One of the tasks of health counseling in the Finnish school health services is to support parenting and the interaction between parents and children (Government Decree, 2011). The association of discussion difficulties with parents' non-participation might reflect a previous finding that adolescent's reluctance to parents' participation or embarrassment might prevent it (Silván et al., 2014). Likewise, previous research has implied that efforts toward confidentiality might create challenges to parents' participation (Helitzer et al., 2011). In our study, heavy drinking was associated with non-participation. Nevertheless, health examinations can give family members a chance to discuss health and well-being and also risk behavior,

**Table 2.** Distributions of Boys and Girls According to Socio-Demographic and Health and Well-Being Variables ( $N = 58,232$ ).

Student-level variable	Boys ( $N = 26,507$ ) $n$ (%)	Girls ( $N = 31,460$ ) $n$ (%)	Total ( $N = 58,232$ ) $n$ (%)
Socio-demographic background			
Mother's education			
High	16,128 (65.1)	19,685 (65.9)	35,959 (65.5)
Low	8,644 (34.9)	10,187 (34.1)	18,921 (34.5)
Parents' unemployment			
No	18,467 (71.0)	21,070 (67.7)	39,708 (69.2)
Yes	7,541 (29.0)	10,073 (32.3)	17,698 (30.8)
Living with mother and father			
Yes	18,737 (71.4)	21,408 (68.4)	40,319 (69.8)
No	7,492 (28.6)	9,898 (31.6)	17,474 (30.2)
Immigrant background			
Finnish background	24,818 (95.4)	29,833 (95.6)	54,890 (95.5)
Immigrant background and born in Finland	422 (1.6)	615 (2.0)	1,043 (1.8)
Immigrant background and born outside of Finland	782 (3.0)	767 (2.5)	1,563 (2.7)
Health and well-being			
At least two daily health complaints			
No	24,039 (93.5)	24,891 (80.8)	49,111 (86.5)
Yes	1,663 (6.5)	5,928 (19.2)	7,650 (13.5)
Long-term illness			
No	21,256 (81.2)	23,827 (76.3)	45,287 (78.6)
Yes	4,909 (18.8)	7,395 (23.7)	12,363 (21.4)
Heavy drinking at least once a month			
No	23,901 (91.1)	28,702 (91.8)	52,842 (91.5)
Yes	2,331 (8.9)	2,551 (8.2)	4,904 (8.5)
Weekly bullying			
No	25,044 (95.0)	30,081 (96.0)	55,364 (95.5)
Yes	1,309 (5.0)	1,259 (4.0)	2,590 (4.5)
Discussion difficulties with parents			
No	24,796 (95.5)	28,443 (91.3)	53,466 (93.2)
Yes	1,164 (4.5)	2,705 (8.7)	3,900 (6.8)

Note. Those ( $n = 265$ ) who did not report their gender were included in the total.

but still offer the adolescent the important possibility for a confidential conversation with school health services personnel (Patton et al., 2016; Irwin, 2018).

Our findings highlight that parents' non-participation in the health examination was associated not only with the socio-demographic background but also with the student's health, well-being, and gender. Furthermore, we found great differences between service providers (1.4–83.4%) and schools (0.0–91.6%) in the parents' participation rate. These results raise the question of the parents' possibilities to participate in the health examinations. More knowledge is needed about strategies and practices of parent engagement in school health services. It would be useful to extend our findings by examining how parents are invited, reached, and informed about the health examination's purpose and their role in it.

### Implications for School Nursing

A couple of recommendations based on our study findings can be given for school nursing practice in efforts to reach parents and increase the possibilities to access services.

First, parents' participation in the health examination can be supported in many ways. According to our study, less than half of the students reported parents' participation, and non-participation was associated, for example, with socio-demographic background. Previous studies have shown that both the service provider and parents' time constraints (Garcia-Dominic et al., 2010; Helitzer et al., 2011; Spencer et al., 2018; Silván et al., 2014) may prevent participation. Flexible scheduling of health examinations and an innovative use of digital services (for instance, parents' participation via remote connection) might promote their involvement. Since parents' health literacy and digital literacy level may vary, the information needs to be given in an easily understandable and accessible format. Immigrant background was associated with non-participation, and therefore using an interpreter should also be considered.

Second, there was a wide variation between both service providers and schools in the parents' participation rate. Systematic and planned approaches can promote participation (Centers for Disease Control & Prevention, 2012; Helitzer et al., 2011). Legislation or national guidelines



**Table 3.** Percentage of Parents who did not Participate in the School Health Examination According to the Organization of School Health Services, Student's Socio-Demographic, and Health and Well-Being Variables ( $N = 57,366-58,232$ ).

Variable	Parents' non-participation in the health examination		
	%	<i>n</i>	<i>p</i> Value
<b>School-level variables</b>			
School health nurse resource			
600 students or less per school health nurse	54.9	40,748	.000
Over 600 students per school health nurse	55.8	9,114	
Not reported	61.0	8,370	
<b>Parents' invitation to the comprehensive health examination</b>			
Yes	55.2	48,558	.000
No	59.6	3,739	
Not reported	59.5	5,935	
<b>Student-level variables</b>			
<b>Socio-demographic background</b>			
<b>Gender</b>			
Girl	54.1	31,460	.000
Boy	58.0	26,507	
<b>Mother's education</b>			
High	54.2	35,959	.000
Low	58.5	18,921	
<b>Parents' unemployment</b>			
No	55.4	39,708	.002
Yes	56.8	17,698	
<b>Living with mother and father</b>			
Yes	54.9	40,319	.000
No	58.2	17,474	
<b>Immigrant background</b>			
Finnish background	55.4	54,890	.000
Immigrant background and born in Finland	64.9	1,043	
Immigrant background and born outside of Finland	66.9	1,563	
<b>Health and well-being</b>			
<b>At least two daily health complaints</b>			
No	55.5	49,111	.000
Yes	58.5	7,650	
<b>Long-term illness</b>			
No	56.5	45,287	.000
Yes	53.8	12,363	
<b>Heavy drinking at least once a month</b>			
No	55.4	52,842	.000
Yes	61.4	4,904	
<b>Weekly bullying</b>			
No	56.0	55,364	.002
Yes	52.9	2,590	
<b>Discussion difficulties with parents</b>			
No	55.2	53,466	.000
Yes	64.9	3,900	

Note. Level of significance for chi-square-test < .05.

determine the organization of school health services, but local, shared practices for contacting parents would be beneficial, too. Attention needs to be given to how meetings are organized, and appointments scheduled.

Finally, the purpose of cooperation and participation in health examinations should be emphasized to parents. Since school health services are usually located on the school premises and adolescents do not need parents to access the services, their participation might be difficult to promote (Helitzer et al., 2011; Rimpelä et al., 2013). According to a previous study, the lack of information about services might prevent participation (Silván et al., 2014). The school health services might be familiar to parents, but the potential in supporting families during adolescence may not be clear to them. The importance and benefits of these services for both parents and their children should be highlighted.

### Strengths and Limitations

This research is based on nationwide studies that represent most Finnish lower secondary schools and their students. The School Health Promotion study is anonymous and voluntary, and the students had the possibility to answer in five languages. Students, who were absent from school, for example because of travel, illness or truancy, are not represented (Finnish Institute for Health and Welfare, 2020).

However, there are three potential limitations of this study. First, the special education schools were not selected for our analysis due to the students' special need for support. This means that students with the most severe disabilities or learning difficulties are not represented in our study. Other students with difficulties in reading or understanding the text had the possibility to answer a shorter and simplified questionnaire (Finnish Institute for Health and Welfare, 2021) that did not include questions about health examinations.

A second potential limitation concerns the question of health examinations. Students were asked about the health examination and their parents' participation, but it is not known if they had a comprehensive health examination where their parents were invited. Nevertheless, most service providers reported organizing 8th grade comprehensive health examinations and inviting parents to them. In addition, most students reported participating in the health examination in the 8th or 9th grade. Analyses were made separately for 8th and 9th graders in case the larger proportion of older students had had a comprehensive health examination and therefore would report more parents' participation, but no great differences were found.

Third, several students were excluded from the analyses because of missing or invalid answers. For example, 8.8% of the students did not know if their parents participated in a health examination. Since the latest health examination may have been organized over a year before responding to the SHP study, students may have had difficulties in recalling if their parents participated.

**Table 4.** Associations Between the Organization of School Health Services, Students' Socio-Demographic Background, Health, and Well-Being With Parents' Non-participation in the School Health Examination (N = 58,232).

Variables	Bivariate models		Multivariate model	
	(N = 54,880–58,232)		(N = 51,453)	
	OR [95% CI]	p Value	OR [95% CI]	p Value
School-level variables				
School health nurse resource				
600 students or less per school health nurse	Ref.		Ref.	
Over 600 students per school health nurse	1.04 [0.99–1.09]	.091	1.03 [0.86–1.24]	.755
Not reported	1.29 [1.22–1.35]	.000	1.07 [0.81–1.42]	.644
Parents' invitation to the comprehensive health examination				
Yes	Ref.		Ref.	
No	1.20 [1.12–1.28]	.000	0.99 [0.76–1.29]	.935
Not reported	1.20 [1.13–1.26]	.000	1.00 [0.72–1.39]	.994
Student-level variables				
Socio-demographic background				
Gender				
Girl	Ref.		Ref.	
Boy	1.17 [1.14–1.21]	.000	1.26 [1.21–1.31]	.000
Mother's education				
High	Ref.		Ref.	
Low	1.19 [1.15–1.24]	.000	1.22 [1.16–1.27]	.000
Parents' unemployment				
No	Ref.		Ref.	
Yes	1.06 [1.02–1.10]	.002	0.98 [0.94–1.02]	.382
Living with mother and father				
Yes	Ref.		Ref.	
No	1.14 [1.10–1.18]	.000	1.18 [1.13–1.23]	.000
Immigrant background				
Finnish background	Ref.		Ref.	
Immigrant background and born in Finland	1.49 [1.31–1.69]	.000	1.47 [1.25–1.71]	.000
Immigrant background and born outside of Finland	1.63 [1.46–1.81]	.000	1.64 [1.44–1.88]	.000
Health and well-being				
At least two daily health complaints				
No	Ref.		Ref.	
Yes	1.13 [1.08–1.19]	.000	1.13 [1.06–1.20]	.000
Long-term illness				
Yes	Ref.		Ref.	
No	1.11 [1.07–1.16]	.000	1.13 [1.08–1.18]	.000
Heavy drinking at least once a month				
No	Ref.		Ref.	
Yes	1.28 [1.20–1.36]	.000	1.28 [1.19–1.37]	.000
Weekly bullying				
Yes	Ref.		Ref.	
No	1.14 [1.05–1.23]	.002	1.23 [1.11–1.35]	.000
Discussion difficulties with parents				
No	Ref.		Ref.	
Yes	1.50 [1.40–1.61]	.000	1.53 [1.41–1.66]	.000

Note. Odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals (95% CI). Multivariate logistic regression model adjusted for service provider and school. Level of significance  $p < .05$ .

Despite these limitations, this research describes students' experiences in school health examinations targeted to both adolescents and their parents. The results can be utilized in organizing school health services for families from different backgrounds or with challenges for well-being.

## Conclusions

Less than half of the students reported parents' participation in the school health examination, and the variation between schools or service providers was large. Both adolescent well-being and several socio-demographic factors were associated

with non-participation. Our results highlight barriers to participation in health examinations.

### Acknowledgments

We are grateful to all students, principals, and school welfare teams who responded to the original surveys.

### Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

### Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: Hanne Kivimäki was supported by a grant from the Competitive State Research Financing of the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital (grant 9U051) and an adult education benefit from the Education Fund in Finland.

### ORCID iD

Hanne M. Kivimäki  <https://orcid.org/0000-0001-6216-5394>

### References

- Baltag, V., Pachyna, A., & Hall, J. (2015). Global Overview of School Health Services: Data from 102 Countries. *Health Behavior and Policy Review*, 2(4), 268–283. <http://dx.doi.org/10.14485/HBPR.2.4.4>
- Busch, V., De Leeuw, J. R. J., De Harder, A., & Schrijvers, A. J. P. (2013). Changing multiple adolescent health behaviors through school-based interventions: A review of the literature. *Journal of School Health*, 83(7), 514–523. <https://doi.org/10.1111/josh.12060>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Parent engagement: Strategies for involving parents in school health*. U.S. Department of Health and Human Services. [https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/parent\\_engagement\\_strategies.pdf](https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/parent_engagement_strategies.pdf)
- Finnish Institute for Health and Welfare. (2021, August 30). The School Health Promotion study. <https://thl.fi/shpstudy>
- Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). *Well-being of children and young people: School Health Promotion Study 2019*. Statistical report 47/2020. Finnish institute for health and welfare. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020111790913>
- Ford, C. A., Davenport, A. F., Meier, A., & McRee, A.-L. (2011). Partnerships between parents and health care professionals to improve adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 49(1), 53–57. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.10.004>
- Garcia-Dominic, O., Wray, L. A., Treviño, R. P., Hernandez, A. E., Yin, Z., & Ulbrecht, J. S. (2010). Identifying barriers that hinder onsite parental involvement in a school-based health promotion program. *Health Promotion Practice*, 11(5), 703–713. <https://doi.org/10.1177%2F1524839909331909>
- Gibb, S., Milne, B., Shackleton, N., Taylor, B. J., & Audas, R. (2019). How universal are universal preschool health checks? An observational study using routine data from New Zealand's B4 school check. *BMJ Open*, 9(4), e025535. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025535>
- Government Decree 338/2011 on maternity and child health clinic services, school and student health services and preventive oral health services for children and youth. (2011, April 6). Finlex. <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2011/en20110338>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M., & Pelkonen, M. (2012). *Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä koulu-terveydenhuoltoon*. [Comprehensive health examination. Guideline for maternity and child health clinics and school health services]. Guide 22. Finnish institute for health and welfare. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>
- Halme, N., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M., & Perälä, M.-L. (2013). Laajat terveystarkastukset vanhempien näkökulmasta. In M. Pelkonen, T. Hakulinen-Viitanen, M. Hietanen-Peltola, & T. Puumalainen (Eds.), *Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti* (pp. 68–74). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:36. [Comprehensive health examinations from parents' point of view. Welfare for more – services for children and adolescents are being renewed. The final report of the Advisory Board on the Health and Welfare of Children and Young People]. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2013:36. Ministry of Social Affairs and Health. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3452-8>.
- Heck, R. H., Thomas, S. L., & Tabata, L. N. (2012). *Multilevel modeling of categorical outcomes using IBM SPSS. Quantitative methodology series*. Routledge.
- Helitzer, D. L., Sussman, A. L., de Hernandez, B. U., & Kong, A. S. (2011). The “ins” and “outs” of provider-parent communication: Perspectives from adolescent primary care providers on challenges to forging alliances to reduce adolescent risk. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 404–409. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.020>
- Hietanen-Peltola, M., Vaara, S., Hakulinen, T., & Merikukka, M. (2019). *Koulu-terveydenhuollon terveystarkastukset – sisällöt yksilöllisiä, järjestämistavat vaihtelevat*. [Health examinations in school health services – individual content, variation in organization]. Data brief 26, 2019. Finnish Institute for health and welfare. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-375-5>
- Irwin, C. E. Jr. (2018). Time alone for adolescents with their providers during clinical encounters: It is not that simple! editorial. *Journal of Adolescent Health*, 63(3), 265–266. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.014>
- Kivimäki, H., Saaristo, V., Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T., & Rimpelä, A. (2019). Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 165–175. <https://doi.org/10.1111/scs.12617>

- Kuntsche, S., & Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use – A systematic literature review. *Clinical Psychology Review, 45*(2016), 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.004>
- Leroy, Z. C., Wallin, R., & Lee, S. (2017). The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: A systematic review. *The Journal of School Nursing, 33*(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177%2F1059840516678909>
- Mason-Jones, A. J., Crisp, C., Momberg, M., Koech, J., De Koker, P., & Mathews, C. (2012). A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health. *Systematic Reviews, 1*(49), 1–12. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-49>
- Michaud, P.-A., Vervoort, J., Visser, A., Baltag, V., Reijneveld, S., Kocken, P., & Jansen, D. (2021). Organization and activities of school health services among EU countries. *The European Journal of Public Health, 31*(3), 502–508. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa200>
- Ministry of Social Affairs and Health. (2004). *Kouluterveydenhuollon laatusuositus*. [Quality recommendation for school health care]. Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:8. Helsinki, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225962>
- Moller, S. P., Hjem, A., Andersen, AM. N., & Norredam, M. (2016). Differences in uptake of immunisations and health examinations among refugee children compared to Danish-born children: A cohort study. *European Journal of Pediatrics, 175*(4), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2663-9>
- National Association of School Nurses. (2016). Framework for 21st century school nursing practice. On behalf of the national association of school nurses erin D. Maughan, nichole bobo, sarah butler & shirley schantz. *NASN School Nurse, 31*(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177%2F1942602X15618644>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., & Viner, R.M. (2016). Our future: A lancet commission on adolescent health and well-being. *Lancet, 387*(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00579-1)
- Rimpelä, A., Caan, W., Bremberg, S., Wieggersma, P. A., & Wolfe, I. (2013). Schools and the health of children and young people. Chapter 6. In I. Wolfe, & M. McKee (Eds.), *European child health services and systems: Lessons without borders*. European observatory on health system and policies series (pp. 146–182). Open University Press. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf)
- Ristikari, T., Keski-Säntti, M., Sutela, E., Haapakorva, P., Kiilakoski, T., Pekkarinen, E., Kääriälä, A., Aaltonen, M., Huotari, T., Merikukka, M., Salo, J., Juutinen, A., Pesonen-Smith, A., & Gissler, M. (2018). *Suomi lasten kasvuympäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä*. [Finland as a growth environment for children. 18-year follow-up of those born in Finland 1997]. Finnish institute for health and welfare (THL). Report 7/2018. Finnish youth research network/Finnish youth research society, publications 210. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-152-2>
- Schyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine, 22*(2), 360–361. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0365-3>
- Silvån, A., Joronen, K., & Koivula, M. (2014). Miksi vanhemmat eivät osallistu yläkouluilaisten terveystarkastuksiin? [Parents' reluctance to participate in secondary school pupils' health examinations]. *Hoitotiede, 26*(4), 250–261.
- Søndergaard, G., Biering-Sørensen, S., Ishøy Michelsen, S., Schnor, O., & Nybo Andersen, A.-M. (2008). Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: A register-based study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 26*(1), 5–11. <https://doi.org/10.1080/02813430801940877>
- Spencer, G., Hood, P., Agboola, S., & Pritchard, C. (2018). Parental engagement in school-based health promotion and education. *Health Education, 118*(6), 513–527. <https://doi.org/10.1108/HE-03-2018-0016>
- TEAvisiari. (2021a, August 19). *Terveystiedon edistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa*. [Health promotion capacity building in primary health care, TEAvisiari]. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/58>
- TEAvisiari. (2021b, August 19). *Terveysten ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa*. [Health promotion capacity building in basic education, TEAvisiari]. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/55>
- Wiss, K., Hakamäki, P., Hietanen-Peltola, M., Ikonen, J., Laitinen, K., Maninen, M., Palmqvist, R., Saaristo, V., & Ståhl, T. (2018). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskoulussa – TEA 2017. [Health promotion capacity building in basic education 2017 -data collection, TEAvisiari]. Statistical report 12/2018. Finnish institute for health and welfare. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018051424130>
- Wiss, K., Ståhl, T., Saaristo, V., Kivimäki, H., Frantsi-Lankia, M., & Rimpelä, A. (2017). Terveystiedon edistäminen peruskouluissa 2008–2015. [Pupil welfare services in Finnish comprehensive schools in 2008–2015]. *Suomen lääkäri-lehti, 72*(3), 127–135. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702011406>
- Wood, R., Stirling, A., Nolan, C., Chalmers, J., & Blair, M. (2012). Trends in the coverage of 'universal' child health reviews: Observational study using routinely available data. *BMJ Open, 2*(2), e000759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000759>
- World Health Organization. (2014). *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals*. WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf)

## Author Biographies

**Hanne M. Kivimäki**, MSc, is a researcher in the Knowledge base for health and welfare management team, Knowledge Management

and Co-Creation unit, and the Department of Public Health and Welfare, at the Finnish Institute for Health and Welfare, Finland.

**Timo P. Ståhl**, PhD, is a chief specialist and team leader in the Knowledge base for health and welfare management team, Knowledge Management and Co-Creation unit, and the Department of Public Health and Welfare, at the Finnish Institute for Health and Welfare, Finland.

**Katja M. Joronen**, PhD, is a professor (Health Choices of Population and Health Promotion) in the Department of Nursing Science at University of Turku, Finland.

**Arja H. Rimpelä**, MD, PhD, is a professor of Public Health in the Faculty of Social Sciences, Department of Health Sciences at Tampere University, Finland.





