

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

HENKILÖSTÖVOIMAVARAT PERUSOPETUKSEN KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA

Pro gradu -tutkielma
Kirsi Wiss
Terveystieteen laitos
Tampereen yliopisto

Helmikuu 2007

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

WISS, KIRSI: Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa

Pro gradu -tutkielma, 47 sivua, 1 liitesivu

Ohjaajat: professori Arja Rimpelä & tutkimusprofessori Matti Rimpelä

Kansanterveystiede

Helmikuu 2007

Kouluterveydenhuolto on keskeisessä asemassa lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Kouluterveydenhuollosta on annettu useita valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia 1972–2004. Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarojen johtamista henkilöstömitoituksen näkökulmasta, henkilöstömitoituksen laatusuosituksen toteutumista sekä valtakunnallisen informaatio-ohjauksen vaikutusta kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen.

Pro gradu -tutkielma koostuu kahdesta osiosta: kirjallisuuskatsauksesta ja tutkimusartikkelista. Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan kouluterveydenhuoltoa, henkilöstövoimavarojen johtamista sekä kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroja ja -mitoitusta. Tutkimusartikkelissa keskitytään kouluterveydenhuollon perusopetuksen henkilöstövoimavarojen tarkasteluun. Koko maan kattavasti ei aiemmin ole tutkittu kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta.

Tutkimusartikkelin aineisto saatiin syksyllä 2005 tehdystä terveystieteellisestä kyselystä (N=224). Vastausprosentti oli 88. Henkilöstömitoituksen tunnusluvut saatiin terveydenhoitajille 206 ja lääkäreille 107 terveystieteellisestä.

Kouluterveydenhuollossa oli keskimäärin 678 (vaihteluväli 300–1 217) oppilasta kouluterveydenhoitajaa ja 6551 (1 250–20 000) oppilasta koululääkäreitä kohti. Laatusuosituksen mukaisen terveydenhoitajamitoituksen (≤ 600) ilmoitti 39 % ja lääkärimitoituksen (≤ 2100 oppilasta) 7 %.

Tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuollon informaatio-ohjauksella on ollut vain vähäisiä vaikutuksia henkilöstömitoitukseen. Terveystieteellisten välillä oli suuria eroja. Henkilöstömitoituksen tunnuslukuja sovelletaan vain satunnaisesti terveystieteellisten henkilöstöjohtamisessa.

Avainsanat: kouluterveydenhuolto, henkilöstövoimavarojen johtaminen, henkilöstömitoitus

SUMMARY

TAMPERE UNIVERSITY
School of Public Health

WISS, KIRSI: Human Resource Management in School Health Care
Master's Thesis, 47 pages, 1 appendix
Supervisors: professor Arja Rimpelä, research professor Matti Rimpelä
Public Health
February 2007

School health care (SHC) is a key element in promoting children's health and wellbeing. Between 1972 and 2004, several national guidelines for human resources of school health care were issued in Finland. The aim of this thesis was to investigate human resource management of SHC, implementation of the Quality Guidelines and effects of national information guidance on SHC human resources.

The thesis consists of two parts: a literature review and a research article. The literature review describes SHC, human resource management and indicators of SHC human resources. The research article examines human resources of SHC in Finnish comprehensive schools. No previous studies have addressed the issue of SHC human resources in terms of the number and quality of personnel on a national basis.

Data from the Health Centre Survey in 2005 (N=224) was analyzed, the response rate was 88%. Data on SHC human resources (number of pupils per one full-time school health nurse or doctor) were obtained from 206 health centres for nurses and from 107 health centres for doctors.

The mean number of pupils per one full-time nurse was 678 (range 300–1 217) and per doctor 6551 (1250–20 000). The recommendations were met by 39 % and 7 % of the health centres, respectively.

The national information guidance has had little effect on SHC human resources. There were notable differences between health centres. The parameters for the number and quality of personnel are seldom followed in the SHC human resources management of Finnish health centres.

Key words: school health care, human resource management, number and quality of personnel

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. KOULUTERVEYDENHUOLTO	3
2.1 Kouluterveysdenhuollon määritelmä	3
2.2 Kouluterveysdenhuollon tavoitteet ja tehtävät	4
2.3. Kouluterveysdenhuollon henkilöstö	5
3. HENKILÖSTÖVOIMAVAROJEN JOHTAMINEN	6
3.1. Mitä on henkilöstövoimavarojen johtaminen?	6
3.2. Henkilöstövoimavarojen suunnittelu	7
5. KOULUTERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖVOIMAVARAT	10
5.1. Henkilöstövoimavarat terveydenhuollossa	10
5.2. Kouluterveysdenhuollon henkilövoimavarat ja henkilöstömitoitus	11
5.3. Aiemmat tutkimukset kouluterveysdenhuollon henkilöstöstä.....	13
6. POHDINTA	15
7. ARTIKKELI	18
LÄHTEET	42
LIITE.....	48

1. JOHDANTO

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat Terveys 2015 -kansanterveysohjelman keskeisiä asiasisältöjä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 22–23). Kodin ulkopuolisesta ajasta suurimman osan lapset ja nuoret viettävät koulussa. Koulu yhteisö onkin keskeisessä roolissa lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Koivusilta & Rimpelä 2002, 221)

Suomalaista kouluterveydenhuoltoa on pidetty kansallisena terveydenhuollon menestystarinana. Keskustelu lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja pahoinvoinnin lisääntymisestä korostui 1990-luvun puolivälissä. Huoli hyvinvoinnista lisäsi kiinnostusta muun muassa kouluterveydenhuollon käytäntöjen kehittämiseen. (Rimpelä, Ojajarvi, Luopa & Kivimäki 2005, 6; Rimpelä, Wiss, Saaristo, Kivimäki, Kosunen & Rimpelä 2006, 2)

Henkilöstö on organisaation tärkeä voimavara. Julkishallinnon organisaatioissa on 1990-luvulta lähtien alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota henkilöstövoimavarojen tai inhimillisten voimavarojen johtamiseen (engl. Human Resource Management). (Heinonen 1993; Lehtonen 1994) Organisaation henkilöstövoimavarojen suunnittelun ja johtamisen pitää perustua todelliseen tietoon (Valtiovarainministeriö 2001a, 19). Kouluterveydenhuoltoa on suunnitelmallisesti seurattu vain käyntitietojen perusteella. Valtakunnallisesti kouluterveydenhuollon kehityksestä on tehty vain vähän tutkimusta. (Rimpelä, Wiss, Saaristo, Kivimäki, Kosunen & Rimpelä 2006, 2)

Tämä pro gradu -tutkielma muodostuu kahdesta osasta: perusopetuksen kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroja tarkastelevasta kirjallisuusosioista ja Suomen Lääkärilehdessä tammikuussa 2007 julkaistusta tutkimusartikkelista "Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja". Artikkelin esitetään tutkielmassa Suomen Lääkärilehden kirjoitusohjeiden mukaisessa muodossa.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan suomalaista kouluterveydenhuoltoa, henkilöstövoimavarojen johtamista ja kouluterveydenhuollon henkilöstöä henkilöstömitoituksen näkökulmasta.

Tutkimusartikkelin aineisto saatiin Stakesin syksyllä 2005 terveystieteiden johtajalle tekemästä Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä -kyselystä, jossa valtakunnallisesti selvitettiin myös kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroja ja -mitoitusta (Rimpelä, Wiss, Saaristo, Kivimäki, Kosunen & Rimpelä 2006; Rimpelä, Saaristo, Wiss, Kivimäki, Kosunen & Rimpelä 2006). Tutkimuksessa selvitettiin perusopetuksen kouluterveydenhuollon henkilöstön työpanosta koko maassa ja terveystieteiden keskuksittain sekä informaatio-ohjauksen vaikutusta kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen. Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta ei aiemmin ole tutkittu koko maan laajuisesti. Tutkimus on osa Suomen Akatemian ja sosiaali- ja terveysministeriön tukemaa Tampereen yliopistossa toteutettavaa KERTTU (Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus) -tutkimushanketta.

2. KOULUTERVEYDENHUOLTO

2.1 Kouluterveydenhuollon määritelmä

Kansanterveyslaissa (66/1972, 647/1998) kouluterveydenhuollolla tarkoitetaan perusopetuksen ja lukioiden terveydenhuoltoa. Kunnan tehtävänä on ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perus- ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten koulu yhteisön terveellisyyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus. Tässä pro gradu -työssä kouluterveydenhuolto on rajattu käsittämään perusopetuksen kouluterveydenhuoltoa.

Kouluterveydenhuollosta on annettu virallisia ohjeita ja suosituksia kansanterveyslain toimeenpanosta lähtien. Kansanterveysasetuksessa (802/1992) tarkennetaan kouluterveydenhuoltoon sisältyviä erikoistutkimuksia. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) vuonna 2002 julkaistu kouluterveydenhuollon opas kuvaa käytännönläheisesti kouluterveydenhuollon sisältöä. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi kouluterveydenhuollon laatusuosituksen vuonna 2004. Siihen on koottu tärkeimmät laadukasta kouluterveydenhuollon toteutumista edellyttävät tekijät sekä johdon että henkilöstön näkökulmista. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 9)

Kansanterveyslain mukaan terveyskeskuksessa/kunnassa tulee olla viranhaltija, joka vastaa kouluterveydenhuollon toteutumisesta, kehittämisestä ja arvioinnista. Kuntien terveystoimen toimintasuunnitelman osaksi tulee laatia kaikki koulut kattava kouluterveydenhuollon suunnitelma, joka käsitellään sosiaali- ja terveyslautakunnissa sekä hyväksytään kunnan johtosäännön mukaisesti. (Stakes 2002, 29)

2.2 Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja tehtävät

Kouluterveydenhuolto on osa koulussa tapahtuvaa oppilashuoltotyötä. Ensimmäisen kerran oppilashuolto määritellään uudessa koululainsäädännössä. "Oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa." (477/2003) Kouluissa ja oppilaitoksissa oppilashuoltoa toteuttavat rehtorit ja opettajien lisäksi kouluterveydenhuollon työntekijät sekä koulupsykologit ja -kuraattorit. Oppilashuoltotyöhön saattaa osallistua myös muita oppilaan hyvinvointia ja oppimista edistäviä ammattihenkilöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 16)

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko kouluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen ja oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhteistyössä oppilaiden, vanhempien, oppilashuollon muun henkilöstön ja opettajien kanssa. (Stakes 2002, 28)

Kouluterveydenhuollon tehtävät jakaantuvat yksilö- ja yhteisötason toimiin. Yksilötasolla kouluterveydenhuollon tehtävänä on: 1) oppilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, seuraaminen ja arviointi sekä 2) osallistuminen oppimisen, käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmien selvittämiseen ja tunnistamiseen yhteistyössä opetushenkilöstön ja muun oppilashuoltohenkilöstön kanssa. Yhteisötasolla toimintaan kuuluvat: 1) osallistuminen kouluyhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä 2) koulun työolojen, koulutyön terveellisyyden ja turvallisuuden edistäminen sekä valvonta. (emt., 28)

Kouluterveydenhuollon tarkoituksena on mahdollisimman terveen kasvun ja kehityksen turvaaminen jokaiselle lapselle ja terveyttä edistävien elämäntapojen juurruttaminen sekä perustan luominen aikuisiän terveydelle ja hyvinvoinnille. Kouluterveydenhuollossa korostuu ehkäisevä toiminta. Ennalta ehkäisyn merkitys lapsuudessa on suuri, sillä odotettavissa oleva elinikä on pitkä. (Terho 2002, 18–19)

2.3. Kouluterveydenhuollon henkilöstö

Kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri ovat olleet kouluterveydenhuollon keskeisimmät työntekijät jo vuosikymmenien ajan. Kouluterveydenhuollon oppaan ja laatusuosituksen mukaan heidän tulisi toimia työparina ja yhteistyössä muun oppilashuolto- ja kouluhenkilöstön kanssa. Kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri vastaavat koulussaan terveydenhuollon kehittamisestä ja toteuttamisesta koulun opetussuunnitelman ja kunnan kouluterveydenhuollon kehittämissuunnitelman mukaisesti. (Stakes 2002, 31–32; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 13)

Kouluterveydenhoitaja on koulu yhteisön terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija. Hän osallistuu oppilaiden terveyden edistämisen ja terveydenhoidon asiantuntijana opetussuunnitelman valmisteluun, oppilashuollon toimintaan, terveystiedon opetuksen suunnitteluun sekä koulun ulkoiseen ja sisäiseen arviointiin. Kouluterveydenhoitaja selvittelee yhdessä oppilaiden kanssa heidän ongelmiaan, seuraa oppilaiden kasvua ja kehitystä, tukee oppilaita ja heidän vanhempiaan sekä huolehtii seulontatutkimuksista. Hän myös vastaa oppilaiden ohjaamisesta lääkärille ja jatkohoitoon. (Stakes 2002, 31–32; Ruski 2002, 48–53; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 19)

Koululääkäri on kouluterveydenhuollon lääketieteellinen asiantuntija. Hän päättää lääketieteellisestä hoidosta, erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin lähettämisestä ja kuntoutuksesta sekä osallistuu oppilashuoltotyöhön ja hyvinvoinnin arviointiin koulussa. Yhdessä terveydenhoitajan kanssa koululääkäri huolehtii kouluterveydenhuollon tarkastuksista. (Stakes 2002, 31–32; Laakso 2002, 40–43; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 19)

3. HENKILÖSTÖVOIMAVAROJEN JOHTAMINEN

3.1. Mitä on henkilöstövoimavarojen johtaminen?

”Henkilöstö on organisaation tärkein voimavara” on usein kirjallisuudessa ja juhlapuheissa käytetty fraasi. Perinteisesti organisaatioteorioissa on keskitytty yritysten henkilöstöhallintoon. 1990-luvun lamavuosista lähtien on myös julkisissa organisaatioissa alettu kiinnittää aiempaa enemmän huomiota henkilöstöön organisaation keskeisenä toimijana ja tuloksentekijänä. (Sibson 1992, 15; Lehtonen 1994, 12; Valtionvarainministeriö 2001a, 17)

Henkilöstö nähdään yhtenä tärkeänä osa-alueena organisaation strategisessa suunnittelussa ja johtamistyössä. Henkilöstöhallinnon käsitteen sijaan onkin alettu puhua henkilöstövoimavarojen tai inhimillisten voimavarojen johtamisesta (engl. Human resource management = HRM). (Sibson 1992, 15; Heinonen 1993, 1) Henkilöstövoimavarojen johtamisella tarkoitetaan päätöksiä, jotka vaikuttavat työnantajan ja työntekijän välisiin suhteisiin. Tämä suhde taas vaikuttaa moniin muihin organisaation asianosaisiin sekä työnantajan ja työntekijän tehokkuuteen. (Milkowich & Bourdeau 1988, 4) Henkilöstövoimavarojen johtamisella tarkoitetaan mm. organisaation ihmisjärjestelmän hankintaa, motivointia, huoltoa, kehittämistä ja palkitsemista (Kauhanen 2003, 14).

Henkilöstövoimavarojen johtamisessa henkilöstön voimavaroja hyödyntämällä pyritään organisaation tavoitteisiin. Henkilöstön voimavarojen johtaminen perustuu organisaation strategisiin tavoitteisiin ja HRM:n osa-alueiden kautta henkilöstön voimavarat ohjataan organisaation käyttöön. (Koponen 2005, 6)

Organisaatioiden tulee toimia tuottavasti, taloudellisesti ja vaikuttavasti sekä kilpailukykyisesti muiden samanlaisia palveluita ja tavaroita tuottavien julkisten ja yksityisten organisaatioiden kanssa. Tuottavuuteen vaikuttavat mm. organisaation johtaminen, toiminnan organisointi, henkilöstön osaaminen ja työmotivaatio sekä

henkilöiden tietojen, taitojen ja tehtävien sisältöjen yhteensopivuus. (Valtiovarainministeriö 2001a, 17)

Organisaation toiminnan perustana ovat sen strategiat, jotka muodostuvat visiosta, toiminta-ajatuksesta, arvoista, toimintaideoista, toiminta- ja henkilöstöstrategioista sekä vuositavoitteista. Organisaation vision tehtävänä on ohjata ja kannustaa organisaatiota haluttua tulevaisuuden tilaa kohti. Toiminta-ajatus taas kuvaa sitä, miksi organisaatio ylipäätään on olemassa eli millaisena toimijana se näyttäytyy omistajiensa, asiakkaidensa ja muiden sidosryhmiensä näkökulmasta. Em. lähtökohdista voidaan myös käyttää ilmaisua organisaation arvot. Organisaation visio, toiminta-ajatus ja arvot määrittävät organisaation pitkän aikavälin toimintaa. Niitä toteutetaan toimintaideoiden ja toiminta- sekä henkilöstöstrategioiden avulla. (emt., 21)

Tässä pro gradu -työssä johtaminen (engl. management) määritellään suunnitteluksi, suunnannäyttämiseksi ja toiminnan ohjaamiseksi. Jokaisen organisaation henkilöstöresurssit tulevat johtaa, organisaation koosta riippumatta. Henkilöstösuunnittelu kuuluu näin ollen olennaisesti henkilöstövoimavarojen johtamiseen ja suunnittelutyö on osa ihmisten johtamista. Kärjistäen voidaan sanoa, että jos henkilöstövoimavaroista vastaava yksikkö ei suunnittele, se ei tee työtään parhaalla mahdollisella tavalla. (Milkowich & Bourdieu 1989, 17; Sibson, 1992, 41)

3.2. Henkilöstövoimavarojen suunnittelu

Organisaation toiminta määritellään sen asiakkaiden, tuotteiden ja henkilöstön kannalta. Henkilöstövoimavarojen johtamisen taustalla vaikuttavat koko organisaation strategiat ja niihin liittyvät toiminnot. Henkilöstösuunnittelu on olennainen osa strategista suunnittelua, erityisesti ihmisläheisillä palvelualoilla. (Sethi & Schuler 1989, 3; Sibson 1992, 3) Osa henkilöstövoimavarojen suunnittelua ja kehittämistä on henkilöstörakenteen ja henkilöstötoimintojen analysointi. Ne tulee tehdä henkilöstövoimavarojen strategista suunnittelua varten, ei vain ”on mielenkiintoista tietää” -tarkoituksessa. Selvityksen lähtökohtana pitäisi aina olla nykytilanne, mutta tärkeätä on myös selvittää tulevaisuuden rakenteelliset tavoitteet. Kun

henkilöstövoimavarojen tietojenkäsittely ja tilastointi on organisaatiossa kehittyntä, tietojen hankkiminen on vain rutiinitoimenpide. (Heinonen 1993, 6)

Nyky-yhteiskunta on jatkuvassa muutoksen tilassa. Julkisten organisaatioiden tulee olla tietoisia ympäristössä tapahtuvista muutoksista ja reagoida toimintatapojaan muuttamalla kulloisenkin tilanteen vaatimusten mukaan. Strateginen henkilöstövoimavarojen suunnittelu on työväline erityisesti muutosjohtamisessa. Jos organisaatioita ympäröivä maailma olisi stabiili, tarvetta suunnitteluun olisi kovin vähän. 2000-luvun muutosjohtamisen haasteena ovat hyvinvointiyhteiskunnan alueella tapahtuvat muutokset. Kysymys on erityisesti julkisten hyvinvointijärjestelmien kehityksestä ja kehittämistarpeista. (Salminen 1993, 43; Drucker 2000, 89)

Jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä organisaation johto ja henkilöstöasioista vastaavat henkilöt tarvitsevat todellisia henkilöstövoimavarojen kehitystä ja tilaa koskevia tietoja sekä niihin perustuvia päätöksenteon, seurannan, kehittämisen ja analyysin välineitä. Henkilöstösuunnittelua ja henkilöstön johtamista ei voida perustaa ”mutu-tuntuman” (engl. raw opinion) varaan, vaan asioiden tilasta tulee olla todellista tietoa. (Sibson 1992, 3; Valtiovarainministeriö 2001a, 19)

Henkilöstösuunnittelun liittäminen organisaatiosuunnitteluun on luonnollista, sillä suurelta osin henkilöstö toteuttaa varsinaiset toimintasuunnitelmat etenkin palveluorganisaatioissa. Henkilöstövoimavarojen ohjaaminen vaikuttaa yksilön tuottavuuteen ja suoriin, ja siten koko organisaation suoritustasoon. Henkilöstövoimavarojen ohjaus on edellytys hyvälle strategiselle johtamiselle. (Heinonen 1993, 8)

Henkilöstön menestymisen ja tehokkuuden edellytyksenä on oikeanlaisten henkilöiden toimiminen oikeissa tehtävissä oikeaan aikaan ja oikealla palkkatasolla. Henkilöstösuunnittelun avulla huolehditaan siitä, että organisaatiolla on tulevaisuudessakin oikea määrä oikeanlaatuista henkilöstöä oikeissa tehtävissä. Tämän vuoksi organisaation pitää pystyä tuottamaan ennusteita työvoiman tarpeesta ja tarjonnasta. (Kauhanen 2003, 35)

Palveluorganisaatioiden toiminnassa henkilötyövoima on usein päätuotannontekijä. Koneilla, laitteilla ja muulla pääomalla on vähäisempi merkitys. Niinpä esimerkiksi valtion henkilöstömenojen osuus on runsaat 60 prosenttia. Tämän vuoksi ei ole yhdentekevää, millaisia taloudellisia investointeja ja uhrauksia julkinen työnantaja henkilötyövoimansa käyttöön ja kehittämiseen kohdistaa. (Snow 1989, 274; Lehtonen 1994, 49)

5. KOULUTERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖVOIMAVARAT

5.1. Henkilöstövoimavarat terveydenhuollossa

Tuloksellinen toiminta on tullut tavoitteeksi myös terveydenhuoltoon (Suurnäkki 2002, 7). Terveydenhuollon erityispiirteet asettavat tuloksellisuudelle omat haasteensa. Työvoimavaltaisena alana terveydenhuollon suurimmat kustannukset (n. 70 prosenttia) tulevat henkilöstömenoista. (Linna 1999, 33; Partanen 2002, 35)

Terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja osaaminen ovat viime vuosina nousseet terveyspolitiikan suurten haasteiden joukkoon. Ollakseen tehokkaita terveydenhuollon instituutioiden tulee sopeutua muuttuvan ympäristön vaatimuksiin mm. huolehtimalla tarkoituksenmukaisen henkilöstön saatavuudesta. (Sethi & Schuler, 1989, 15) Organisaatiolla pitää olla oikein mitoitettu henkilöstö, joka on pätevää ja käytettävissä oikeaan aikaan oikeassa paikassa (Heinonen 1993, 16).

Oikeanlainen henkilöstömitoitus on osa henkilöstövoimavarojen johtamista, kehittämistä ja kohdentamista. Usein se määritellään tavoitteidensa kautta. Terveydenhuollossa oikeanlaisella henkilöstömitoituksella tarkoitetaan sekä määrällisesti että laadullisesti tarkoituksenmukaisten palvelujen tuottamista suurimmalle mahdolliselle määrälle asiakkaita ja potilaita. Riittäväillä taidoilla ja tiedoilla varustetun henkilöstön tulee tuottaa terveydenhuollon palvelut inhimillisesti vaikuttavimmalla ja kustannustehokkaimmalla tavalla niin, että halutut asiakastulokset ja henkilöstön sekä asiakkaiden tyytyväisyystarpeet tyydyttyvät. (Donaldson 2001; Langemo 2002; Partanen 2002, 42–43)

Henkilöstömitoitus rakentuu tasosta ja rakenteesta. Tasolla tarkoitetaan henkilöstön määrää ja rakenne kuvaa koulutusastetta tai laajemmin osaamista. Henkilöstömitoituksen rakenteen ja tason kuvaamisessa käytetään erilaisia tunnuslukuja, kuten 1) potilaiden tai asiakkaiden lukumäärää yhtä työntekijää kohti, 2) työntekijän työtunteja hoitopäivää kohti tai 3) henkilöstön ja hoidettavien/asiakkaiden

laskennallista suhdetta. (Donaldson 2001; Langemo 2002; Partanen 2002, 42–43). Jotta henkilöstömitoitus toteutuu käytännössä, tulee edellä esitettyjen henkilöstövoimavarojen johtamistoimintojen olla kunnossa (Lehtonen 1994, 18).

5.2. Kouluterveydenhuollon henkilövoimavarat ja henkilöstömitoitus

Tässä tutkimuksessa kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarojen tarkastelussa keskitytään henkilöstömitoituksen tasoon. Kouluterveydenhuollossa henkilöstömitoituksen tasoa suositellaan ilmaistavaksi oppilaiden lukumäärän suhteella kokopäivätoimiseen työntekijään. Kun tämä tunnusluku esitetään erikseen terveydenhoitajille ja lääkäreille, saadaan tietoa myös rakenteesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 19)

Kansanterveyslain mukaisessa suunnittelu- ja raportointijärjestelmässä kunnat kuvasivat vuodesta 1972 henkilöstöään suunnitelmissa ja toimintakertomuksissa, joita laadittiin vuosittain seuraavalle viisivuotiskaudelle. Vuosina 1973–1975 kerättiin valtakunnallisesti tietoja kouluterveydenhoitajien työpanoksesta. 1990-luvun alussa valtion normiohjaus poistettiin ja samalla poistettiin myös kunnilta kansanterveystyön suunnittelua koskevat säännökset. Vuoden 1992 jälkeen kunnilla ei ole ollut velvollisuutta seurata eikä raportoida tietoja kansanterveystyössä toimivasta henkilöstöstään. (Rimpelä, Ojajärvi, Luopa & Kivimäki 2005, 8; Rimpelä, Wiss, Saaristo, Kivimäki, Kosunen, & Rimpelä 2006, 2)

Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta on esitetty ohjeita lääkintöhallituksen ohjekirjeissä jo 1972 (Lääkintöhallitus 1972, 13) ja 1981 (Lääkintöhallitus 1981, 3–4). Vuosina 1972–1975 lääkintöhallitus keräsi tietoja kouluterveydenhoitajien työtunneista. Tämän jälkeen kansanterveystyön tilastoihin ei ole julkaistu tietoja kouluterveydenhuollon henkilöstöstä.

Normiohjauksen purkamisen jälkeen valtionhallinnossa keskityttiin kuntien informaatio-ohjaukseen (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 16–19). Vuonna 1993 julkaistiin Stakesin asiantuntijatyöryhmän kannanotto kouluterveydenhuollon

kehittämisestä (Kokko 1993). 1990-luvun lopussa virisi laaja julkinen keskustelu lasten ja nuorten pahoinvoinnista (Bardy, Salmi & Heino, 2001). Suomen Kuntaliitto suositteli kunnille lapsipoliittisten ohjelmien laatimista ja useissa kunnissa valmisteltiin hyvinvointipoliittisia ohjelmia (Suomen Kuntaliitto 2006). Tuolloin myös kouluterveydenhuollon kehittäminen nousi ajankohtaiseksi teemaksi (Sihvola, 2000). Valtion vuoden 2002 talousarviossa lisättiin kunnille maksettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta ja perusteltiin lisäystä mm. kouluterveydenhuollon kehittämistarpeilla (Valtiovarainministeriö 2001b).

Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002, 32) ja Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 19) on julkaistu tuoreimmat suositukset kouluterveydenhuollon henkilöstöstä (Taulukko 1). Keskimääräisten tunnuslukujen lisäksi suosituksissa kiinnitettiin huomiota paikallisen tarpeen selvittämiseen. Henkilöstömitoituksessa tulisi ottaa huomioon koulujen koko ja lukumäärä, psykososiaalisen työn vaativuus sekä erityistukea tarvitsevien oppilaiden lukumäärä. Myös koulukuraattori- ja koulupsykologimitoitus sekä yhteistyö oppilashuoltotyöryhmän kanssa vaikuttavat kouluterveydenhuollon kuormitukseen.

Taulukko 1. Ohjeet kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta vuosina 1972–2004.

Lähde	Oppilaiden lukumäärä/ kokopäivätoiminen koulu- terveydenhoitaja	Oppilaita/kokopäivä- toiminen koululääkäri
Lääkintöhallitus 1972: Ohjekirje	1200–1500	(noin 6000*)
Lääkintöhallitus 1981: Ohjekirje	noin 800	noin 6000
Stakes 2002: Opas	600, korkeintaan 700	2100
STM 2004: Laatusuositus	enintään 600	2100

* Ohjekirje 1972: 5 viikkotuntia/1000 oppilasta, jonka todettiin vuoden 1981 ohjekirjeessä vastaavan noin 6000 oppilasta/kokopäivätoiminen koululääkäri.

Henkilöstömitoitussuositukset ovat merkittävästi muuttuneet vuosien aikana (Taulukko 1). Vuoden 2004 laatusuosituksessa oppilasmäärät ovat yli puolta pienemmät kuin vuoden 1972 ohjekirjeessä. Kouluterveydenhoitajien oppilasmäärä on laatusuosituksessa pienempi kuin kaksi vuotta aiemmin julkaistussa oppaassa.

Oppilasmäärien pienentymistä ei ole erikseen perusteltu taulukossa 1 mainituissa asiakirjoissa. Taustalla on kuitenkin vaikuttanut lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntyminen (Bardy, Salmi & Heino 2001), joka näkyy psykososiaalisten ongelmien kasautumisena kouluterveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 22–23).

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa korostetaan kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin yhteistyötä. Henkilöstöjohtamisessa heidän työpanostaan suhteessa tarpeeseen tulisi tarkastella kokonaisuutena. Jos terveyskeskuksessa on lääkäripulan vuoksi vähennettävä lääkäreiden osuutta kouluterveydenhuollossa tai koululääkärit vaihtuvat usein, olisi vastaavasti lisättävä terveydenhoitajien työpanosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 19)

5.3. Aiemmat tutkimukset kouluterveydenhuollon henkilöstöstä

Terveydenhuollon henkilöstöjohtamisesta on tehty vain vähän tutkimusta. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääasiassa laitoshoitoon (Partanen 2002; Voutilainen, Isola & Backman 2004). Kouluterveydenhuollon henkilöstöstä on saatu tietoja muutamasta aikaisemmasta tutkimuksesta. Latikan, Perälän, Hemmingin & Taskisen (1995) kyselytutkimuksessa selvitettiin kouluterveydenhuollon muutoksia vuosina 1992–1994. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien ja lääkäreiden työpanoksia ja virkoja oli vähennetty. Vähennykset olivat kuitenkin pysyneet kohtuullisina.

Itä-Suomen läänin kouluterveydenhuoltotutkimuksessa (Törmi, Pietilä, Varjoranta & Eerola 1999) ja Kouluterveydenhuolto tänään -selvityksissä, joka tehtiin 14 kunnassa (Varjoranta & Pietilä 1999), saatiin tietoja kouluterveydenhoitajien oppilasmääristä. Molemmista tutkimuksista kouluterveydenhoitajien oppilasmäärät vaihtelivat välillä 800–1000. Tampereen yliopistosairaalan miljoonapiirin alueella tehdyssä terveyskeskuslääkärin työtä neuvola- ja kouluikäisten parissa selvittäneessä tutkimuksessa ei julkaistu tietoja henkilöstön suhteesta oppilasmääriin (Heikkinen, Puura, Ala-Laurila, Niskanen & Mattila 2003).

Suomessa koko maan kattavissa aineistoissa ei ole aikaisemmin tutkittu henkilöstömitoitussuosituksen toteutumista kouluterveydenhuollossa. Ainoa kansainvälisesti vertailukelpoinen tutkimus on tehty Ruotsissa Malmön seudulla vuonna 2000, jossa kokopäivätoimisen kouluterveydenhoitajan oppilasmääräksi saatiin keskimäärin 800 ja koululääkärin 16 000 oppilasta. Ruotsissa ei ole virallista valtakunnallista suositusta oppilasmäärästä, mutta ammattijärjestöt ovat suositelleet kokopäivätoimisen kouluterveydenhoitajan oppilasmääräksi 400 ja koululääkärin 4000. (Socialstyrelsen 2000)

6. POHDINTA

Suuri osa suomalaisista lapsista voi hyvin, mutta erot lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnissa ovat korostuneet. Monen lapsen elämä on paremmalla mallilla kuin millään muulla lasten sukupolvella aiemmin Suomen historiassa. Tästä huolimatta joidenkin lasten kohdalla ongelmat näyttävät kärjistyvän ja kasautuvan. Lasten pahoinvointi on lisääntynyt parin viimeisen vuosikymmenen ajan. Tämä näkyy erityisesti kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän kasvuna. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Lapsiasiavaltuutettu 2006, 32)

Erityis- eli ns. häiriöpalveluiden tarpeen kasvun pysäyttäminen ei onnistu ilman ennaltaehkäiseviin palveluihin panostamista. Ongelmien varhainen havainnointi ja niihin puuttuminen ovat tärkeässä asemassa lasten hyvinvoinnin edistämässä. Kouluikäisten lasten näkökulmasta katsottuna kouluterveydenhuolto on tässä tehtävässä avainasemassa. Se tavoittaa lähes koko kouluikäisen lapsiväestön. (emt., 33)

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen (2004) mukaan toimivan kouluterveydenhuollon edellytyksenä on riittävä ja pätevä henkilöstö. Henkilöstömitoitusta tarkastelemalla terveyskeskuksen johto saa tietoa kouluterveydenhuollon henkilöstötilanteesta. Henkilöstön alimitoituksen on havaittu muuttavan työskentelytapoja: osa olennaisista työtehtävistä voi jäädä tekemättä ja erityisesti psykososiaalisten asioiden hoitaminen vähenee. (Fagerström, Nojonen & Åkers 2002; Partanen 2002, 171, 174)

Kouluterveydenhuollon palveluiden järjestämisessä on paikallisia ja alueellisia eroja. Toiminnan sisällön vertailtavuus ja arviointi eri kuntien ja terveyskeskusten välillä on kuitenkin vaikeaa, sillä yhteinen seurantajärjestelmä puuttuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004, 34)

Oikeanlainen henkilöstömitoitus on olennaisen tärkeä tekijä laadukkaana ja toimivan kouluterveydenhuollon takaamiseksi. Tutkimuksessamme selvitettiin ensimmäistä kertaa koko maan kattavasti kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta. Tutkimus mahdollistaakin kouluterveydenhuollon henkilöstömäärän tarkastelun valtakunnallisella

tasolla ja terveyskeskuksittain sekä antaa tietoa valtakunnallisen informaatio-ohjauksen vaikutuksista ensimmäistä kertaa valtion normiohjauksen purkamisen jälkeen.

Tässä tutkimuksessa kouluterveydenhuollon laatusuosituksen mukaisen mitoituksen ilmoitti terveydenhoitajille hieman yli kolmannes ja lääkäreille vajaa kymmenesosa terveyskeskuksista. Molemmat suositukset toteutuivat samanaikaisesti vain kuudessa prosentissa terveyskeskuksista. Näin ollen runsaalla valtion informaatio-ohjauksella ei tunnu olleen vaikutusta kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroihin.

Henkilöstötietojen kerääminen terveyskeskuksista osoittautui ennalta arvattua vaikeammaksi. Osasta terveyskeskuksista tiedot saatiin viipymättä, mutta yllättävän usein pyydyt tiedot puuttuivat tai muuttuivat selvitystyön aikana. Terveyskeskusten vaikeudet henkilöstötietojen ilmoittamisessa saattavat kertoa laajemminkin henkilöstöjohtamisen tilasta. Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että henkilöstötietojen päivittäminen ja mitoituksen tunnuslukujen laskeminen ei ole terveyskeskusten arkirutiineja. Samankaltaisia pulmia kohdattiin myös valtakunnallisessa äitiys- ja lastenneuvolatyöselvityksessä (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva, 2005).

Kansanterveystyön tärkeänä tavoitteena oli 1970-luvulla ja on yhä edelleen terveyspalvelujen järjestäminen tasa-arvoisesti koko maassa (Puro 1974, 19). Tutkimuksessamme havaittiin suuria eroja terveyskeskusten välillä kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksessa. Vaikka terveydenhoitajan henkilöstömitoitustilvat saatiin vain puolesta ja lääkärin neljäsosasta terveyskeskuksista, voidaan tasa-arvotavoitteen toteutuminen palveluiden saatavuuden näkökulmasta asettaa kyseenalaiseksi. Palveluiden epätasainen jakautuminen saattaa lisätä väestön terveyseroja.

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen henkilöstömitoitussuosituksen realistisuudesta ei ole tehty tutkimusta. Ne pohjautuvat kuitenkin vahvaan ammattialatuntemukseen ja vuosien kokemukseen sekä tietoon lapsiväestön yhä lisääntyvistä psykososiaalisista ongelmista. Varmaa on kuitenkin se, että alimitoitettu henkilöstö ei pysty vastaamaan nykypäivän haasteisiin.

Tutkimuksemme perustui pääasiassa kouluterveydenhuollon mitoituksen selvittelyssä määrälliseen tietoon eli henkilöstömitoituksen tason selvittämiseen. Rakenteesta saatiin tietoa jaottelulla: terveydenhoitaja, lääkäri. Tulevaisuudessa olisikin olennaista tarkastella myös henkilöstön ammattiosaamista. Tärkeää olisi myös selvittää henkilöstömitoituksen suhdetta tarpeeseen, jonka merkitystä myös laatusuosituksessa korostetaan. Johtamisen kannalta keskeistä olisi myös selvittää kouluterveydenhuollossa tehtävän työn sisältöä. Kouluterveydenhuollon henkilöstön työ tulisi tehdä ns. näkyväksi, jotta henkilöstömitoitus voitaisiin aidosti suhteuttaa tarvetta vastaavaksi.

Marginaalinen kiinnostus ennaltaehkäiseviin palveluihin satsaamisesta ei ole tulevaisuuden kannalta järkevää terveystaloutta. Lasten ja nuorten ennaltaehkäisevistä palveluista karsiminen näkyy kasvavina terveydenhuollon laskuina vasta tulevaisuudessa. Kun varhainen ongelmien havainnointi siirtyy, kohdataan tulevaisuudessa suuremmat ongelmat, joihin puuttuminen voi mahdollisesti olla vain korjaavaa tai lievittävää toimintaa. Ennaltaehkäisystä ja terveyden edistämistä on tällöin enää turhaa puhua. Vaikka fraasi: "Lapsissa ja nuorissa on tulevaisuus" kuulostaa jo kuluneelta kliseeltä, on sen sisällössä kuitenkin totuuden ydin. Lapset ja nuoret ovat tulevaisuuden Suomen voimavara.

7. ARTIKKELI

Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa

Kirsi Wiss
Ttyo, tutkija
Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos
Stakes, kuntapalvelut

Hanne Kivimäki
TtM, tutkija
Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

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

Matti Rimpelä
LKT, tutkimusprofessori
Stakes, kuntapalvelut

Yhteyshenkilö:

Kirsi Wiss
Ttyo, tutkija
Stakes/Tampereen alueyksikkö, Biokatu 10
FIN-33520 Tampere
Tel: 03-3551 4312
Email: kirsi.wiss@stakes.fi

Tiivistelmä:

Lähtökohdat

Terveyskeskuksen johtamisen apuvälineeksi tarkoitettu kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitussuositus annettiin laatusuosituksen yhteydessä 2004.

Menetelmät

Terveyskeskuksille suunnatusta kyselystä (2005) laskettiin henkilöstömitoituksen tunnusluku (oppilaita/kokopäivätoiminen työntekijä) kouluterveydenhoitajille 206 (80 %) ja koululääkäreille 107 (42 %) terveyskeskuksesta.

Tulokset

Kouluterveydenhuollossa oli keskimäärin 678 (vaihteluväli 300–1217) oppilasta kouluterveydenhoitajaa kohti ja 6551 (1250–20 000) oppilasta koululääkäreitä kohti. Laatusuosituksen mukaisen terveydenhoitajamitoituksen (≤ 600 oppilasta) ilmoitti 39 % ja lääkärimitoituksen (≤ 2100 oppilasta) 7 %. Terveydenhoitajien henkilöstömitoitus ei ollut yhteydessä lääkärimitoitukseen.

Päätelmät

Laatusuositus toteutuu vain harvoissa terveyskeskuksissa. Terveyskeskusten väliset erot ovat suuria. Henkilöstömitoituksen tunnuslukuja sovelletaan satunnaisesti terveyskeskusten henkilöstöjohtamisessa.

Tästä asiasta tiedettiin

- Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta on annettu vuosina 1972–2004 useita valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia.
- Koko maan kattavassa aineistossa ei ole aiemmin tutkittu suositusten toteutumista.

Tämä tutkimus opetti

- Luotettavien henkilöstömitoitustietojen saaminen vaati useita tarkistuksia ja sittenkin tiedot jäivät puuttumaan useista terveyskeskuksista.
- Alueellinen tasa-arvo ei toteudu henkilöstömitoituksissa.
- Laatusuosituksen mukainen terveydenhoitajamitoitus oli vain 39 %:ssa ja lääkärimitoitus 7 %:ssa vastanneista terveyskeskuksista.

Julkisessa hallinnossa alettiin 1990-luvun alussa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota terveydenhuollon henkilöstöön organisaation keskeisenä toimijana ja tuloksentekijänä (1,2,3). Henkilöstöhallinnon sijasta alettiin puhua henkilöstövoimavarojen johtamisesta (3,4). Sillä toteutetaan organisaation strategiaa (5,6) ja sen tulisi perustua luotettavaan tietoon (3,7).

Henkilöstömitoituksessa puhutaan tasosta ja rakenteesta. Tasolla tarkoitetaan henkilöstön määrää ja rakenne kuvaa koulutusastetta tai laajemmin osaamista. Henkilöstömitoituksen tasoa ja rakennetta kuvataan tavallisesti henkilöstön ja hoidettavien/asiakkaiden/väestön välistä suhdetta ilmaisevilla tunnusluvuilla. (8,9)

Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta on esitetty ohjeita lääkintöhallituksen ohjekirjeissä jo vuosina 1972 (10) ja 1981 (11). Normiohjauksen purkamisen jälkeen valtionhallinnossa keskityttiin kuntien informaatio-ohjaukseen (12). Vuonna 1993 julkaistiin Stakesin asiantuntijatyöryhmän kannanotto kouluterveydenhuollon kehittämisestä (13). 1990-luvun lopussa virisi laaja julkinen keskustelu lasten ja nuorten pahoinvoinnista (14). Suomen Kuntaliitto suositteli kunnille lapsipoliittisten ohjelmien laatimista ja useissa kunnissa valmisteltiin hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Tuolloin myös kouluterveydenhuollon kehittäminen nousi ajankohtaiseksi teemaksi (15). Valtion vuoden 2002 talousarviossa lisättiin kunnille maksettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta ja perusteltiin lisäystä mm. kouluterveydenhuollon kehittämistarpeilla (16).

Kouluterveydenhuollon oppaassa (17) ja Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (18) on julkaistu tuoreimmat suositukset kouluterveydenhuollon henkilöstöstä (taulukko 1). Henkilöstömitoituksessa tulisi ottaa huomioon koulujen koko ja lukumäärä, psykososiaalisen työn vaativuus sekä erityistukea tarvitsevien oppilaiden lukumäärä. Myös koulukuraattori- ja koulupsykologimitoitukset vaikuttavat kouluterveydenhuollon kuormitukseen.

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa korostetaan kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin yhteistyötä (18). Henkilöstöjohtamisessa heidän työpanostaan suhteessa tarpeeseen tulisi tarkastella kokonaisuutena. Jos lääkäripulan vuoksi on vähennettävä

lääkäreiden osuutta kouluterveydenhuollossa tai koululääkärit vaihtuvat usein, tulisi vastaavasti lisätä terveydenhoitajien työpanosta.

Henkilöstömitoitussuosituksukset ovat muuttuneet vuosien aikana (taulukko 1). Vuoden 2004 laatusuosituksessa oppilasmäärät työntekijää kohti ovat alle puolet siitä, mitä ne olivat vuoden 1972 ohjekirjeessä. Oppilasmäärien pienentymisen taustalla on lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntyminen (14), joka näkyy erityisesti psykososiaalisten ongelmien kasautumisena kouluterveydenhuollossa (19).

Terveydenhuollon henkilöstöjohtamisesta on tehty vain vähän tutkimusta. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääasiassa laitoshiitoon (9). Muutamassa aikaisemmassa tutkimuksessa on saatu tietoja kouluterveydenhuollon henkilöstöstä. Latikan ym. (20) mukaan koululääkäreiden ja -terveydenhoitajien työpanosta oli vähennetty vuosina 1992–1994. Itä-Suomen läänin kouluterveydenhuoltotutkimuksessa (21) ja Tampereen yliopistosairaalan miljoonapiirin alueella tehdyssä tutkimuksessa (22) terveyskeskuslääkäreiden osallistumisesta kouluterveydenhuoltoon ei julkaistu tietoja henkilöstön suhteesta oppilasmääriin. Koko maan kattavissa aineistoissa ei ole aikaisemmin tutkittu kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin perusopetuksen kouluterveydenhuollon henkilöstön työpanosta koko maassa ja terveyskeskuksittain sekä pyrittiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: 1) Ovatko informaatio-ohjaus (opas, laatusuositus, yms.) ja valtionosuuden lisäys johtaneet kouluterveydenhuollon henkilöstön lisäämiseen terveyskeskuksissa ja toteutuuko laatusuosituksessa esitetty henkilöstömitoitutus käytännössä? 2) Toteutuuko tasa-arvotavoite kouluterveydenhuollossa, kun mittarina käytetään henkilöstömitoitusta? Ovatko terveyskeskuksen sijainti, väestömäärä, omistaja, väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltaminen ja työvoimatilanne yhteydessä henkilöstömitoitukseen? 3) Miten terveyskeskuksen osallistuminen hyvinvointistrategiseen ohjelmatyöhön näkyy kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksessa? 4) Johdetaanko kouluterveydenhuollon henkilöstöä kokonaisuutena niin, että esimerkiksi lääkärivajausta korjataan lisäämällä terveydenhoitajien työpanosta?

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

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto perustuu koko maan terveyskeskusten (N=256) johdolle syksyllä 2005 tehtyyn Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä -kyselyyn (23). Kahden uusintakyselyn jälkeen vastauksia saatiin 224 terveyskeskuksesta. Vastausprosentti oli 88. Kaikki yli 50 000 väestön terveyskeskukset vastasivat. Yli 10 000 asukkaan terveyskeskuksista vastasi 95 prosenttia. Vastaamattomista noin puolet oli alle 5000 väestön terveyskeskuksia, joiden vastausprosentti oli 77. Etelä-Suomen läänin kaikki terveyskeskukset vastasivat kyselyyn. Pienimmät vastausprosentit olivat Varsinais-Suomen ja Lapin sairaanhoitopiireissä (64 %).

Henkilöstömitoituksesta kysyttiin koko- tai osapäiväisesti työskentelevän kouluterveydenhuollon henkilöstön lukumäärää ja sen muutoksia, oppilasmääriä yhtä työntekijää kohti sekä henkilöstön vajausta verrattuna talousarvioon. Kysymyksissä määriteltiin henkilötyövuosi seuraavasti: Yksi kokopäiväinen toimi vuoden aikana muodostaa yhden henkilötyövuoden. Osa-aikaiset toimet muutetaan kokoaikaisiksi.

Tunnusluvut lähetettiin kahdesti tarkistettavaksi terveyskeskuksiin, myös vastaamattomiin. Mikäli tunnuslukuja ei ollut ilmoitettu, pyydettiin lisäksi laskemista varten oppilasmäärät ja henkilötyövuodet. Lisätietoja saatiin 88 terveyskeskuksesta (8 vastaamatonta). Kymmenen suurimman kaupungin osalta tehtiin vielä uusi tarkistuskierrös, jolloin viisi korjasi tietoja edelleen. Tarkistusten jälkeen aineistossa oli henkilöstömitoituksen tunnusluku kouluterveydenhoitajille 206 ja koululääkäreille 107 terveyskeskuksesta (taulukko 2). Vastauksia jäi puuttumaan erityisesti pienistä terveyskeskuksista.

Terveyskeskusta kuvattiin läänin, väestömäärän, omistajan (kunta/kuntayhtymä), lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltamisen ja neljään valtakunnalliseen terveyden edistämisen hankkeeseen osallistumisen mukaan. Viimeksi mainittuja

hankkeita olivat lapsi/nuorisopoliittinen ohjelma, lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko, terveyden edistämisen johtaminen (TEJO) ja Terve Kunta -verkosto (24).

Terveyskeskusten väestömäärät 31.12.2004 saatiin Suomen Kuntaliitosta ja tieto terveyskeskuksen omistajarakenteesta Stakesista. Väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltamisesta saatiin tieto vuodelta 2004 valtakunnallisesta Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa -selvityksestä (25). Näihin tietoihin yhdistettiin Suomen Lääkäriliitosta saatu vuoden 2005 listaus väestövastuuterveyskeskuksista. Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistuneiden kuntien nimet saatiin Stakesista ja lapsi/nuorisopoliittisen ohjelman/strategian laatimista koskeva tieto tämän kyselyn vastauksista. Osallistuminen hankkeisiin määriteltiin terveyskeskuksen pääkunnan mukaan.

Tunnusluvuiksi laskettiin terveyskeskusten väestömäärällä painotetut keskiarvot. Tällöin suurten kaupunkien vastauksilla on suhteessa suurempi painoarvo kuin pienten terveyskeskusten. Väestömäärällä painotettujen tunnuslukujen keskiarvojen ja terveyskeskusta kuvaavien tietojen välisen yhteyden tilastollinen merkitsevyys testattiin varianssianalyysillä SAS-ohjelmistolla. Muut analyysit tehtiin SPSS-ohjelmistolla.

Tulokset

Henkilöstön määrä ja muutos vuosina 2003–05

Kyselyyn vastanneiden terveyskeskusten kouluterveydenhuollossa työskenteli syksyllä 2005 yhteensä 1302 terveydenhoitajaa (199 terveyskeskusta) ja 786 lääkäriä (164 terveyskeskusta). Puolet kouluterveydenhoitajista oli kokopäivätoimisia ja yhteensä 74 % toimi noin puolipäiväisesti tai enemmän kouluterveydenhuollossa. Valtaosa lääkäreistä toimi kouluterveydenhuollossa alle puolipäiväisesti. Terveyskeskuksissa oli viisi kokopäivätoimista ja 27 noin puolipäivätoimista koululääkäriä (taulukko 3). Kouluterveydenhoitajista 67 % ja koululääkäreistä 75 % toimi yli 20 000 väestön terveyskeskuksissa (taulukko 3). Suurissa terveyskeskuksissa enemmistö (89 %) terveydenhoitajista toimi puoli- tai kokopäivätoimisesti kouluterveydenhuollossa, mutta lääkäreiden vastaava osuus oli vain 5 %.

Lähes 80 %:ssa terveyskeskuksista kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat pysyivät ennallaan vuosien 2003–05 aikana (taulukko 4). Lisäystä voimavaroissa ilmoitti 34 ja vähennystä 17 terveyskeskusta. Yhteensä lisäyksiä ilmoitettiin noin 30 ja vähennyksiä hieman alle 10 henkilötyövuotta. Lisäykset olivat selvässä yhteydessä terveyskeskuksen väestömäärään. Yli 50 000 väestön terveyskeskuksista kolmasosa ilmoitti lisänneensä henkilöstövoimavaroja. Henkilöstöä vähentäneistä 81 % oli alle 10 000 väestön terveyskeskuksia. Kuitenkin kaksi suurta (>50 000 asukasta) terveyskeskusta ilmoitti vähentäneensä kouluterveydenhuollon henkilöstöä.

Henkilöstömitoitus

Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden henkilöstömitoituksessa (taulukko 5). Terveydenhoitajien tunnuslukujen vaihteluväli oli 300–1217 oppilasta ja lääkäreiden 1250–20 000 oppilasta kokopäivätoimista työntekijää kohti. Terveyskeskusten väestösuuksilla painotettu keskiarvo oli koko maassa 678 oppilasta kouluterveydenhoitajaa ja 6551 oppilasta koululääkäreitä kohti. Joka toisessa terveyskeskuksessa oli vähintään 650 oppilasta kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti ja vähintään 6000 oppilasta kokopäivätoimista lääkäreitä kohti. Laatusuosituksen mukaisen terveydenhoitajamitoituksen täytti 39 % ja lääkärimitoituksen 7 %. Molempien osalta laatusuosituksen täytti vain 6 % (kuviot 1).

Lääkärien ja terveydenhoitajien tunnusluvut eivät korreloineet merkitsevästi keskenään ($r=0.115$) (kuviot 1). Sama tulos saatiin, kun analyysiin lisättiin terveyskeskuksen ilmoittama lääkärivajaus ja laskettiin korrelaatiokertoimet lääkärivajasta kuvaavissa osajoukoissa.

Terveyskeskusten välinen vaihtelu

Henkilöstömitoitus oli yhteydessä terveyskeskuksen kokoon, joskaan ei tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 6). Kouluterveydenhoitajien oppilasmäärä kasvoi terveyskeskuksen väestömäärän kasvaessa ($p=0.11$). Lääkäreillä yhteys oli toisen suuntainen, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.7$). Alle 10 000 väestömäärän terveyskeskuksissa oli selvästi enemmän oppilaita lääkäreitä kohti kuin sitä suuremmissa

terveyskeskuksissa. Länsi-Suomessa oli vähiten oppilaita terveydenhoitajaa kohti ja Itä-Suomessa eniten. Oulun läänissä oli eniten oppilaita koululääkärinä kohti.

Yhden kunnan terveyskeskuksissa terveydenhoitajaa kohti oleva oppilasmäärä oli pienempi kuin kuntayhtymäterveyskeskuksissa. Väestövastuuvirkaehtosopimuksen toteutumisella ja terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumisella ei ollut yhteyttä terveydenhoitajan henkilöstömitoituksen toteutumiseen. Oppilasmäärä kokopäivätoimista lääkärinä kohti oli keskimääräistä pienempi TEJO-kunnissa ($p=0.04$) ja keskimääräistä suurempi Terve Kunta -verkoston kunnissa ($p<0.0001$).

Talousarvion mukaiseen henkilöstöön verrattuna terveydenhoitajavajasta oli joka neljännessä ja lääkärivajasta kolmessa neljästä terveyskeskuksesta. Noin 30 % tai sitä suurempaa vajetta terveydenhoitajista ei ollut yhdessäkään vastanneista terveyskeskuksista, mutta näin suurta lääkärivajetta ilmoitti 15 %. Lääkärivajaus ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä kouluterveydenhoitajien mitoitukseen ($p=0.08$), eikä ryhmien välisissä eroissa ollut viitteellistäkään johdonmukaisuutta (taulukko 7). Lääkärimitoitus oli keskimääräistä parempi terveyskeskuksissa, joissa ei ollut lainkaan lääkärivajasta, mutta yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0.15$). Terveydenhoitajavajauksella ei ollut merkittävää yhteyttä kummankaan henkilöstöryhmän mitoitukseen.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa on ensimmäisen kerran selvitetty koko maan terveyskeskusaineistossa kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitusta. Huomattavasta osasta terveyskeskuksia ei saatu tietoa kouluterveydenhuollon henkilöstöstä. Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja. Tämän tutkimuksen mukaan informaatio-ohjaus ei ole juurikaan vaikuttanut kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroihin. Kouluterveydenhuollon henkilöstöä ei johdeta kokonaisuutena.

Perusopetuksessa on noin 580 000 oppilasta, joiden kouluterveydenhuollossa tehtiin viime vuonna noin 850 kokopäivätoimisen kouluterveydenhoitajan työpanos. Terveyskeskusten ilmoittamien henkilöstömäärien yleistäminen koko maahan tuottaa

arvioksi yhteensä noin 1500 kouluterveydenhoitajaa, joista kokopäivätoimisia noin 740 ja puolipäivätoimisia noin 400.

Lääkärítiedot saatiin vain alle puolesta terveyskeskuksista ja siksi heitä koskeva arvio jää suuntaa antavaksi. Koko maan peruskoulujen kouluterveydenhuollossa toimii tämän tutkimuksen perusteella tehdyn arvion mukaan noin 1100 lääkäriä. Heidän kokonaistyöpanoksensa on keskimääräisen tunnusluvun mukaan kuitenkin vain noin 90 henkilötyövuotta, sillä yksittäisten lääkäreiden työpanos jää useimmiten pieneksi. Terveyskeskukset ilmoittivat vain muutaman kokopäivätoimisen ja noin 30 puolipäivätoimista koululääkäriä. Samansuuntaisia tuloksia saatiin vuonna 2000 TAYS:n miljoonapiirin alueella. Lähes puolet terveyskeskuslääkäreistä toimi kouluterveydenhuollossa, mutta useimmiten varsin pienellä työpanoksella (22).

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen mukaisen mitoituksen ilmoitti terveydenhoitajille hieman yli kolmannes ja lääkäreille vajaa kymmenesosaterveyskeskuksista. Molemmat suositukset toteutuivat samanaikaisesti vain 6 prosentissa terveyskeskuksista. Suosituksen ja nykytilanteen eroa voidaan havainnollistaa laskemalla suosituksen mukaan tarvittava henkilötyöpanos ja vertaamalla sitä edellä esitettyihin arvioihin. Jos peruskouluissa olisi keskimäärin enintään 600 oppilasta kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa kohti, tarvittaisiin siihen noin 970 henkilötyövuotta. Suosituksen mukaiseen 2100 oppilaaseen päästäisiin noin 280 lääkäri työvuodella. Tämän mukaan koko maassa peruskoulujen kouluterveydenhuoltoon olisi lisättävä noin 120 kouluterveydenhoitajan ja 190 koululääkärin henkilötyövuotta, jotta laatusuosituksen vähimmäistaso saavutettaisiin.

Tämän tutkimuksen mukaan pienet lisäykset henkilöstössä vuosina 2003–2005 keskittyivät suuriin kaupunkeihin. Muutosten nettovaikutus kouluterveydenhuollon henkilöstön kokonaistyöpanokseen jää positiiviseksi, mutta on vain parin prosentin suuruusluokkaa. Vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen on yksiselitteinen. Informaatio-ohjauksen ja kunnille maksettavan valtionosuuden lisäyksen vaikutus kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen on jäänyt toistaiseksi vaatimattomaksi.

Terveyskeskusten väliset erot terveyspalveluiden järjestämisessä ovat edelleen erittäin suuria. Yhden kunnan pienissä terveyskeskuksissa henkilöstömitoitus on parempi kuin

suurissa terveyskeskuksissa. Tätä tulosta arvioitaessa on huomattava, että tiedot terveydenhoitajien henkilöstömitoituksesta saatiin vain joka toisesta ja lääkäreiden joka neljännessä alle 5000 väestön terveyskeskuksesta. Vastaamatta jättäneiden ja vastanneiden pienten terveyskeskusten mahdollisia eroja ei tämän tutkimuksen aineistossa voitu tarkemmin selvittää.

Kasvavan väestön kunnissa ei ole lisätty henkilöstöä oppilaiden lukumäärän kasvua vastaavasti. Pienten terveyskeskusten keskimääräistä paremman kouluterveydenhoitajaresurssin osaselityksenä voi olla väestökehitys. Niiden oppilasmäärät ovat usein vähentyneet, mutta työpanos on pysynyt ennallaan. Myös toiseen tutkimuskysymykseen tulokset antavat selvän vastauksen: kouluterveydenhuollossa ollaan kaukana alueellisen tasa-arvon tavoitteesta, kun kriteerinä on henkilöstömitoitus.

Väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltaminen muutti 1990-luvulla lääkäreiden työtä. Kouluterveydenhuolto jakautui aikaisempaa suuremmalle lääkärijoukolle ja päätoimiset koululääkäritehtävät loppuivat vähitellen lähes kokonaan. Tämän tutkimuksen mukaan lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltaminen ei kuitenkaan ollut yhteydessä kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen.

Kunnille on suositeltu hyvinvointipoliittisten ja terveyden edistämisen strategioiden ja ohjelmien valmistelemista. Tuoreen selvityksen mukaan 107 kuntaa on hyväksynyt tällaisen ohjelman (26). Monet kunnat ovat osallistuneet Stakesin koordinoimiin terveyden edistämisen hankkeisiin. Kolmannen tutkimuskysymyksen suhteen tulokset ovat kaksijakoisia. Yleinen lapsipoliittinen strategiatyö ja verkostoituminen terveyden edistämässä eivät näytä juurikaan vaikuttavan käytännön toimintaan – ainakaan kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitukseen. Sen sijaan kiinnostus terveyden edistämisen johtamiseen ennakoi keskimääräistä paremmin mitoitettua kouluterveydenhuoltoa.

Jo 1970-luvulla Mäenpään ja Mäkikärjen (27) tutkimuksessa todettiin, että tehtävien siirtyminen lääkäreiltä terveydenhoitajille olisi otettava huomioon terveydenhoitajien oppilasmäärissä. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan havaittu yhteyttä lääkäri- ja terveydenhoitajamitoituksen välillä. Neljanteen tutkimuskysymykseen saatiin kielteinen

vastaus. Pääsääntöisesti terveyskeskuksissa ei johdeta kouluterveydenhuollon henkilöstöä kokonaisuutena.

Kansainvälinen vertailukohta löytyy Ruotsista. Siellä ei ole virallista suositusta, mutta ammattijärjestöt esittävät mitoituspäätöksiä 400 oppilasta kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa ja 4000 oppilasta kokopäivätoimista koululääkäreitä kohti (28). Tässä tutkimuksessa havaituista puutteista huolimatta Suomen tilanne näyttää hyvältä, kun vertailuksi otetaan esimerkiksi Malmön seutu Ruotsista. Siellä oli vuonna 2000 tehdyn tutkimuksen mukaan keskimäärin 800 oppilasta kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa ja 16 000 kokopäivätoimista lääkäreitä kohti. (28)

Henkilöstötietojen kerääminen osoittautui yllättävän hankalaksi ja tietojen saamiseen tarvittiin useita tarkistuskerroksia. Terveyskeskusten vaikeudet oppilasmääriin suhteutettujen henkilöstötietojen ilmoittamisessa saattavat kertoa laajemminkin henkilöstöjohtamisen tilasta. Samanlaisia pulmia kohdattiin valtakunnallisessa äitiys- ja lastenneuvolatoimintaselvityksessä (25). Korjausvastausten suuri lukumäärä ja niiden yhteydessä käydyt keskustelut osoittivat, etteivät henkilöstötietojen päivittäminen ja mitoituksen tunnuslukujen laskeminen ole terveyskeskusten arkipäivää.

Tämän tutkimuksen tulokset kyseenalaistavat informaatio-ohjauksen vaikutuksen kuntien päätöksentekoon ja etenkin sen mahdollisuudet turvata ehkäisevien palvelujen tasa-arvoinen saatavuus asuinpaikasta riippumatta. Informaatio-ohjaus voi tuskin olla merkittävästi monipuolisempaa kuin se on ollut kouluterveydenhuollossa (konsensuslausuma, oppikirjat, opas, laatusuositus, yms.) (30). Informaatio-ohjausta on tuettu huomattavalla valtionosuuden lisäyksellä (noin 70 milj. € vuosittain vuodesta 2002 alkaen) (16). Kaikesta tästä huolimatta terveyskeskusten välillä on edelleen suuria eroja ja useissa terveyskeskuksissa henkilöstöä on suhteessa oppilasmääriin selvästi vähemmän kuin laatusuosituksessa on esitetty.

English summary

Human resources of school health care in Finnish comprehensive schools

Background: Between 1972 and 2004, several national recommendations and guidelines for the human resources of school health care (SHC), in terms of number and quality of staff, were issued in Finland, but research on their implementation has been lacking. In the 2004 Quality Guidelines, ≤ 600 pupils/full-time school health nurse and ≤ 2100 pupils/full-time school doctor were recommended.

Methods: A health promotion survey targeting the management of health centres (N=224) in autumn 2005 included questions on human resources of school health care. Data on human resources in SHC (number of pupils/full-time school health nurse or doctor) were obtained from 206 (80%) health centres for nurses and from 107 (42%) health centres for school doctors.

Results: The mean number of pupils per full-time nurse was 678 (range 300–1217) and per doctor 6551 (1250–20 000). The recommendations were met by 39% and 7% of the health centres, respectively. Both criteria were met by 6%.

Conclusions: The recommendations of the Quality Guidelines for SHC human resources were met by only a minority of health centres. There were notable differences between the health centres which may contribute to health differences.

Kirsi Wiss

Stakes, Tampere regional office

kirsi.wiss@stakes.fi

Hanne Kivimäki

Elise Kosunen

Arja Rimpelä

Vesa Saaristo

Matti Rimpelä

Kirjallisuus

- 1 Sibson RE. Strategic planning for Human Resource Management. USA: Amacom 1992.
- 2 Lehtonen VM. Henkilöstövoimavarojen hallinta ja sitä tukevat laskentajärjestelmät. Helsinki: Painatuskeskus Oy 1994.
- 3 Valtiovarainministeriö. Henkilöstövoimavarojen hallintajärjestelmä, henkilöstötilinpäätös. Käsikirja valtion organisaatioille. Valtion työmarkkinalaitoksen julkaisuja 3/2001. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2001a.
- 4 Heinonen J. Henkilöstöhallinnosta henkilöstövoimavarojen johtamiseen. Helsingin yliopiston neuvontaopin keskus Monistesarja 1/93. Helsinki: Helsingin yliopisto 1993.
- 5 Vanhala S. Human resource management in Finland. Employee Relations 1995;17(7):31–56.
- 6 Koponen T. Inhimillisten voimavarojen monet ulottuvuudet. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio: Kuopion yliopisto 2005.
- 7 Kauhanen J. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. 5. painos. Helsinki: WSOY 2003.
- 8 Langemo DK, Anderson J, Volden CM. Nursing quality outcome indicators: the North Dakota study. J Nurs Adm 2002;32:98–105.
- 9 Partanen P. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopio: Kuopion yliopisto 2002.
- 10 Lääkintöhallitus. Ohjeita kansanterveystieteen edellyttämästä kouluterveydenhuollosta. DNo 9927/522/72. Helsinki: Lääkintöhallitus 1972.
- 11 Lääkintöhallitus. Lääkintöhallituksen ohjekirje. Ohjeet kouluterveydenhuollosta. Helsinki: Lääkintöhallitus 1981.
- 12 Oulasvirta L, Ohtonen J, Stenvall J. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/oulasvirta/julkaisu.pdf>

- 13 Kokko S, toim. Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveystalouden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksista ja saatavuudesta. Stakes aiheita 42/1993. Helsinki: Stakes 1993.
- 14 Bardy M, Salmi M, Heino T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes raportteja 263. Helsinki: Stakes 2001.
- 15 Sihvola S. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 751. Tampere: Tampereen yliopisto 2000.
- 16 Valtiovarainministeriö. Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2002. Helsinki: Valtiovarainministeriö 2001b.
http://budjetti.vm.fi/indox/tae/2002/he_2002.html
- 17 Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes oppaita 51. Helsinki: Stakes 2002.
- 18 Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 2004:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.
- 19 Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:04. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.
- 20 Latikka AM, Perälä ML, Hemminki E, Taskinen S. Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. Suom Lääkäril 1995;50:349–53.
- 21 Törmi H, Pietilä AM, Varjoranta P, Eerola EL. Kouluterveydenhuolto Itä-Suomen läänissä 2000. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja Nro 37. Kuopio: Itä-Suomen lääninhallitus 2000.
- 22 Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila EL, Niskanen T, Mattila K. Terveyskeskuslääkärin työ neuvola- ja kouluikäisten parissa. Suom Lääkäril 2003;58:1327–32.
- 23 Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Terveystalouden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Peruseräraportti kyselystä terveyskeskusjohtajille. Helsinki: Stakes 2006. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D387551C-C522-4D74-A1E9-E2C598AF26D8/4714/Peruseraportti_txt_korj260106.pdf
- 24 Terve Kunta -verkosto. <http://info.stakes.fi/tervekunta/FI/index.htm>
- 25 Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2005

- 26 Suomen Kuntaliitto. Kuntien lapsipoliittiset ohjelmat ovat edistäneet lasten hyvinvointia. Kuntaliitto tiedottaa 26.1.2006.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;91390;91393;95258
- 27 Mäenpää J, Mäkikärki L. Kouluterveydenhuolto. Kirjassa Aer J, toim. Kansanterveystyön käsikirja. Helsinki: Tammi 1975.
- 28 Socialstyrelsen. Skolhälsovården i tio kommuner i Sydsverige. Stockholm 2002.
<http://www.sos.se/FULLTEXT/109/2002-109-13/2002-109-13.pdf>
- 29 Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä M. Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. Suom Lääkäril 2007;63:61-66

Taulukko 1. Ohjeet kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta vuosina 1972–2004.

Lähde	Oppilaiden lukumäärä/ kokopäivätoiminen koulu- terveydenhoitaja	Oppilaita/kokopäivä- toiminen koululääkäri
Lääkintöhallitus 1972: Ohjekirje	1200–1500	(noin 6000*)
Lääkintöhallitus 1981: Ohjekirje	noin 800	noin 6000
Stakes 2002: Opas	600, korkeintaan 700	2100
STM 2004: Laatusuositus	enintään 600	2100

* Ohjekirje 1972: 5 viikkotuntia/1000 oppilasta, jonka todettiin vuoden 1981 ohjekirjeessä vastaavan noin 6000 oppilasta/kokopäivätoiminen koululääkäri

Taulukko 2. Kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin henkilöstömitoituksen tunnusluvun ilmoittaneiden osuus prosentteina terveyskeskuksen väestön mukaan.

	Terveyskeskuksen väestö					
	Kaikki	Alle 5000	5 000– 9 999	10 000– 19 999	20 000– 49 999	50 000+
	N=256	N=66	N=72	N=56	N=43	N=19
Kouluterveydenhoitaja	80	53	83	93	93	100
Koululääkäri	42	24	33	52	53	79

Taulukko 3. Kouluterveydenhuollon henkilöstön jakautuminen (%) työpanoksen ja terveyskeskuksen väestön mukaan.

	Terveyskeskuksen väestö					
	Kaikki	Alle 5000	5 000–9 999	10 000–19 999	20 000–49 999	50 000+
	%	%	%	%	%	%
KOULU-TERVEYDENHOITAJAT						
Kokopäivätoimiset	49	25	40	40	43	63
Noin puolipäivätoimiset	25	40	20	23	25	26
Alle puolipäivätoimiset	26	35	40	38	32	11
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
(Lukumäärä)	(1302)	(55)	(138)	(234)	(373)	(502)
KOULULÄÄKÄRIT						
Kokopäivätoimiset	1	0	0	0	0	1
Noin puolipäivätoimiset	3	5	6	7	1	3
Alle puolipäivätoimiset	96	95	94	93	99	96
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
(Lukumäärä)	(786)	(37)	(66)	(96)	(162)	(425)

Taulukko 4. Kouluterveydenhuollossa vuosina 2003–2005 tapahtuneita henkilöstömuutoksia ilmoittaneiden terveyskeskusten jakauma prosentteina terveyskeskuksen väestön mukaan.

Henkilöstömäärän muutos 2003 → 2005	Terveyskeskuksen väestö					
	Kaikki N=222	Alle 5000 N=51	5 000– 9 999 N=61	10 000– 19 999 N=53	20 000– 49 999 N=39	50 000+ N=18
Ei muutosta	79	82	82	84	74	56
Lisääntynyt	14	6	7	17	23	33
Vähentynyt	7	12	11	0	3	11
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Taulukko 5. Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksen tunnuslukujen jakaumat.

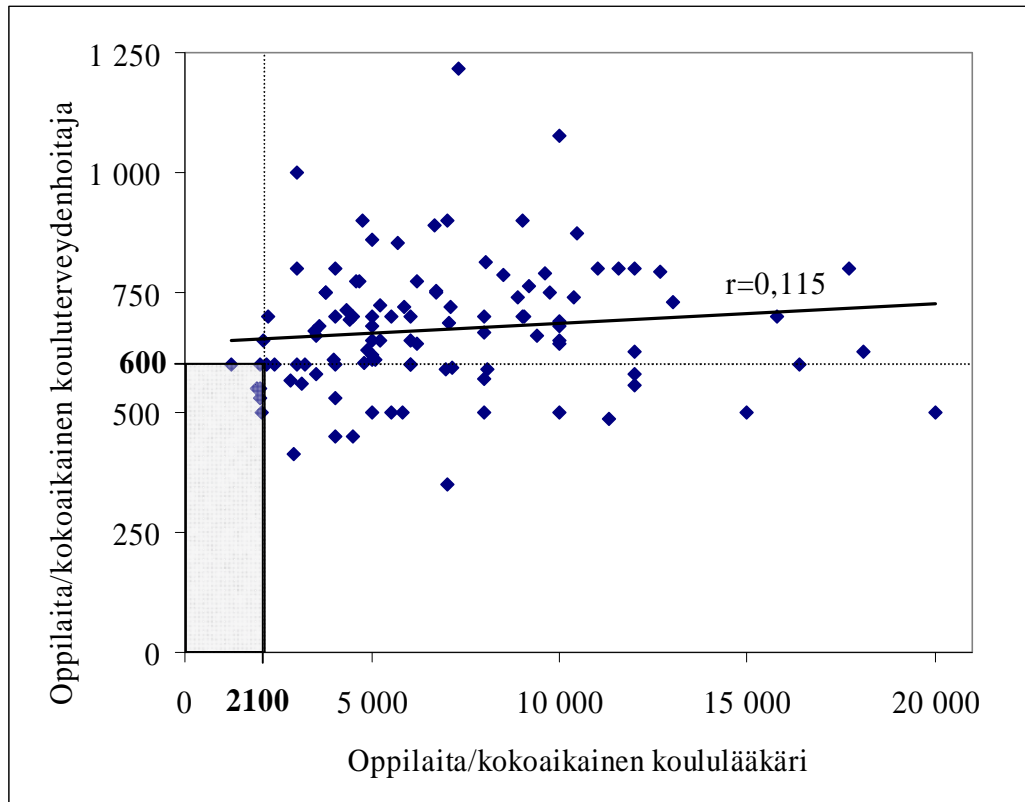
Oppilaita/kokopäivätoiminen työntekijä	Luku- määrä	%
KOULUTERVEYDENHOITAJA		
600 tai vähemmän (=suositus)	81	39
601–649	17	8
650–699	23	11
700–749	35	17
750–799	19	9
800 tai enemmän	31	15
Yhteensä	206	100
KOULULÄÄKÄRI		
2100 tai vähemmän (=suositus)	7	7
2101–3999	17	16
4000–4999	15	14
5000–5999	14	13
6000–6999	10	9
7000–9999	21	20
10 000 tai enemmän	23	21
Yhteensä	107	100

Taulukko 6. Kouluterveydenhuollon kokopäivätoimisen henkilöstömitoituksen tunnuslukujen keskiarvot terveyskeskusta kuvaavien muuttujien mukaan.

Taustamuuttuja	Oppilaita/ terveyden- hoitaja	Kyselyyn vastanneet n	Oppilaita/ lääkäri	Kyselyyn vastanneet n
KOKO AINEISTO	678	206	6551	107
LÄÄNI	p= 0.03			
- Etelä-Suomi	689	49	6127	30
- Länsi- Suomi	650	82	6223	40
- Itä-Suomi	730	35	7696	15
-Oulu	670	26	8573	16
- Lappi	683	14	6310	6
TERVEYSKESKUKSEN VÄESTÖ				
- alle 5000	617	35	8653	16
- 5000 – 9999	635	60	7310	24
- 10 000 – 19 999	656	52	6178	29
- 20 000 – 49 999	694	40	5831	23
- 50 000 tai enemmän	689	19	6751	15
TERVEYSKESKUKSEN OMISTAJA	p=0.01			
- Kunta	650	141	6640	72
- Kuntayhtymä tai vastaava	691	65	6522	35
LÄÄKÄRIEN VÄESTÖVASTUU-VES				
- Ei	662	103	6606	52
- Kyllä	685	96	6566	52
OSALLISTUMINEN TERVEYDEN EDISTÄMISHANKKEISIIN				
Lapsi/nuorisopoliittinen ohjelma				
- Kyllä	679	101	6402	56
- Ei	698	83	7301	40
Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko				
- Kyllä	700	14	7395	9
- Ei	673	192	6287	98
TEJO			p=0.04	
- Kyllä	673	8	4761	7
- Ei	679	198	6811	100
Terve Kunta -verkosto			p<0.0001	
- Kyllä	686	17	8838	14
- Ei	677	189	5713	93

Taulukko 7. Kouluterveydenhuollon kokopäivätoimisen henkilöstömitoituksen tunnuslukujen keskiarvot työvoimavajauksen mukaan.

Työvoimavajaus henkilöstöstä, %	Oppilaita/terveydenhoitaja	Kyselyyn vastanneet n	Oppilaita/lääkäri	Kyselyyn vastanneet n
LÄÄKÄRIT				
- Ei lainkaan vajausta	691	52	5815	31
- Alle 10 %	656	47	6097	29
- Noin 10-30 %	702	64	7688	31
- Noin 30 tai enemmän	685	26	8390	7
TERVEYDENHOITAJAT				
- Ei lainkaan vajausta	684	148	6673	76
- On vajausta	659	42	5900	23



Kuvio 1. Lääkärien ja terveydenhoitajien henkilöstömitoituksen tunnuslukujen regressiosuora (korrelaatiokerroin=0.115) terveyskeskuksittain (N=107). Viivat erottavat alueet, joissa laatusuosituksen mukaiset henkilöstömitoitukset täyttyvät.

LÄHTEET

Bardy, M., Salmi, M. & Heino, T. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes Raportteja 263. Stakes. Helsinki.

Donaldson, N.E., Storer Brown, D., Aydin, A.E. & Burnes Bolton, L. 2001. Nurse staffing in California hospitals 1998-2000: findings from the California nursing outcome coalition database project. *Policy, politics and Nursing Practice* 2:19–28.

Drucker, P. F. 2000. Johtamisen haasteet. Wsoy. Porvoo

Fagerström, L., Nojonen, K. & Åkers, A. 2002 Metodologinen triangulaatio Paoncilmenetelmän sisällön testaamisessa. *Hoitotiede* 14:180–191.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Heikkinen, A., Puura, K., Ala-Laurila, E-L, Niskanen, T. & Mattila, K. 2003. Terveyskeskuslääkärin työ neuvola- ja kouluikäisten parissa. *Suomen Lääkärilehti* 58:1327–32.

Heinonen, J. 1993. Henkilöstöhallinnosta henkilöstövoimavarojen johtamiseen. Helsingin yliopiston neuvontaopin keskus Monistesarja 1/93. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Kansanterveysasetus. 21.8.1992/802. Luettu 30.11.2006.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920802>

Kansanterveyslaki. 28.1.1972/66. Luettu 26.7.2006.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>

Kauhanen, J. 2003. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. 5. painos. WSOY. Vantaa.

Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, M. 2007. Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. Suomen Lääkärilehti 63:61-66

Koivusilta, L. & Rimpelä A. 2002. Koulu terveydellisen tasa-arvon edistäjänä. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kokko, S. (toim.). 1993. Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveystalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoitukselta ja saatavuudesta. Stakes Aiheita 42/1993. Stakes. Helsinki.

Koponen, T. 2005. Inhimillisten voimavarojen monet ulottuvuudet. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio.

Laakso, J. 2002. Koululääkärin tehtävät. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 647/1998. Luettu 13.11.2006.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1998/19980647>

Laki perusopetuslain muuttamisesta.477/2006. Luettu 13.11.2006.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030477>

Langemo, D.K., Anderson J. & Volden C.M. 2002. Nursing quality outcome indicators: the North Dakota study. Journal of nursing Administration 32:98–105.

Latikka, A-M., Perälä, M-L., Hemminki, E. & Taskinen, S. 1995. Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. Suomen Lääkärilehti 50:349–53

- Lehtonen, V-M. 1994. Henkilöstövoimavarojen hallinta ja sitä tukevat laskentajärjestelmät. Painatuskeskus Oy. Helsinki.
- Linna, M. 1999. Measuring hospital performance: the productivity, efficiency and cost of teaching and research in Finnish hospitals. Teknologian yliopisto. Stakes Tutkimusraportti 98. Stakes. Jyväskylä.
- Lääkintöhallitus. 1972. Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta. DNo 9927/522/72. Lääkintöhallitus. Helsinki.
- Lääkintöhallitus. 1981. Lääkintöhallituksen ohjekirje. Ohjeet kouluterveydenhuollosta. Lääkintöhallitus. Helsinki.
- Milkowich, G.T. & Boudreau, J. W. 1988. Personnel, Human resource management: A diagnostic approach. 5. painos. Business Publications inc.USA.
- Mäenpää, J. & Mäkikärki, L. 1975. Kouluterveydenhuolto. Kirjassa Aer, J. (toim.). Kansanterveystyön käsikirja. Tammi. Helsinki.
- Oulasvirta, L., Ohtonen, J. & Stenvall, J. 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/oulasvirta/julkaisu.pdf>
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Puro, K. 1974. Terveyspolitiikan perusteet. Tammi. Helsinki.
- Rimpelä, M., Ojajarvi, A., Luopa, P. & Kivimäki, H. 2005. Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Stakes Työpapereita 1/2005. Stakes. Helsinki.

Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Kivimäki, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. 2006. Kouluterveydenhuolto, syksy 2005 - perusraportti kyselystä terveystieteiden keskukselle. Stakes. Helsinki. Luettu 13.11.2006

http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK_KTHperusraportti180106.pdf

Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K., Kivimäki, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. 2006. Terveystieteiden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Perusraportti kyselystä terveystieteiden keskukselle. Stakes & Tampereen yliopiston terveystieteiden laitos. Helsinki. Luettu 13.11.2006.

http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D387551C-C522-4D74-A1E9-E2C598AF26D8/4714/Perusraportti_txt_korj260106.pdf

Ruski, S. 2002. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Salminen, A. 1993. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Painatuskeskus Oy. Helsinki.

Sethi, A.S. & Schuler R. S. 1989. Human resource management in the health care sector. Quorum Books. USA.

Sibson, R.E. 1992. Strategic planning for Human Resource Management. Amacom. USA.

Sihvola S. 2000. Terveystieteiden keskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 751. Tampereen yliopisto. Tampere.

Snow, C.C. (toim.). 1989. Strategy, organization design, and human resource management. Jai Press Ltd. Englanti.

Socialstyrelsen. 2002. Skolhälsovården i tio kommuner i Sydsverige. Socialstyrelsen. Stockholm.

<http://www.sos.se/FULLTEXT/109/2002-109-13/2002-109-13.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:33.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Luettu 15.10.2006.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/hl1153307365811/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö & Lapsiasiavaltuutettu. 2006. Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:36. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö Oppaita 2004:8. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö Julkaisuja 2001:04. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Stakes. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto. 2006. Kuntien lapsipoliittiset ohjelmat ovat edistäneet lasten hyvinvointia. Kuntaliitto tiedottaa 26.1.2006. Luettu 18.11.2006.

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;91390;91393;95258&vouche r=5872BC77-AB49-4BE9-891F-B3CDCE90416E

Suurnäkki, T. (toim.). 2002. Henkilöstövoimavarojen analysointi, seuranta ja kehittäminen. Asiantuntijat kertovat. Työturvallisuuskeskus, Kuntaryhmä. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä.

Terho, P. 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Terve Kunta -verkosto. <http://info.stakes.fi/tervekunta/FI/index.htm>

Törmi, H., Pietilä, A-M., Varjoranta, P. & Eerola, E-L. 2000. Kouluterveydenhuolto Itä-Suomen läänissä 2000. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja Nro 37. Itä-Suomen lääninhallitus. Kuopio.

Valtionvarainministeriö. 2001a. Henkilöstövoimavarojen hallintajärjestelmä, henkilöstötilinpäätös: Käsikirja valtion organisaatioille. Edita Ab. Helsinki.

Valtiovarainministeriö. 2001b. Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2002. Valtiovarainministeriö. Helsinki. Luettu 15.3.2006.

http://budjetti.vm.fi/indox/tae/2002/he_2002.html

Vanhala, S. 1995. Human resource management in Finland. *Employee Relations* 17:31–56.

Varjoranta, P. & Pietilä, A-M. 1999. Kouluterveydenhuolto tänään. Selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. *Stakes Aiheita* 4/1999. Stakes. Helsinki.

Voutilainen, P., Isola, A. & Backman K. 2004. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* 17:166 – 175.

LIITE

Terveyskeskuskyselyssä (2005) kouluterveydenhuollon henkilöstöstä kysyttiin seuraavat kysymykset:

1. Onko tämän syksyn aikana (2005) ollut työvoimavajasta terveydenhoitajien ja lääkäreiden henkilöstöryhmissä verrattuna talousarvion mukaiseen henkilöstöön? Arvio vajauksesta prosentteina koko henkilöstöryhmästä.

2. Montako terveydenhoitajaa ja lääkäriä toimii terveyskeskuksessa kouluterveydenhuollossa? Toimien lukumäärät ja henkilötyövuodet yhteensä. Lukumäärät pyydettiin kolmessa ryhmässä: kokoaikaiset, noin puolipäiväiset ja alle puolipäiväiset. Lisäksi kysyttiin molempien henkilöstöryhmien kokonaistyöpanosta henkilötyövuosina kymmenesosan tarkkuudella. Henkilötyövuosi määriteltiin kysymyksessä: ”Yksi kokopäiväinen toimi vuoden aikana muodostaa yhden henkilötyövuoden. Osa-aikaiset toimet muutetaan kokoaikaisiksi.”.

3. Miten henkilötyövoimavarat ovat muuttuneet kouluterveydenhuollossa kahden viime vuoden aikana? Vuosi 2004 verrattuna vuoteen 2003 ja vuosi 2005 verrattuna vuoteen 2004. Vähentyneet tai lisääntyneet henkilötyövuodet ilmoitetaan kymmenyksen tarkkuudella.

4. Miten peruskoulujen kouluterveydenhuollon henkilöstö on mitoitettu suhteessa oppilaiden lukumäärään tämän vuoden (2005) talousarviossa? Oppilaiden lukumäärä keskimäärin yhtä kokoaikaista kouluterveydenhoitajaa ja kouluterveydenhuollon lääkäriä (tai yhtä laskennallista henkilötyövuotta) kohti/ei ole tietoa.