



Sijoitettujen lasten mielenterveys ja mielenterveysongelmien hoito

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Susanna Koivu

OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KOIVU, SUSANNA:

Sijoitettujen lasten mielenterveys ja mielenterveysongelmien hoito
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Kesäkuu 2020

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen sijoitettujen lasten mielenterveys on, ja millaisia menetelmiä heillä esiintyvien mielenterveysongelmien hoitoon on. Opinnäytetyö tavoitteena oli tuottaa kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka lisää sairaanhoitajien ja muidenkin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietämystä sijoitettujen lasten mielenterveydestä ja heillä esiintyvien mielenterveysongelmien hoidosta. Käytettyjä tietokantoja olivat Cinahl, Scopus, Medline ja Medic, joista valittiin kirjallisuuskatsaukseen 12 artikkelia vuosilta 2010-2019. Aineisto analysoitiin käyttämällä laadullista sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan noin puolella sijoitetuista lapsista on jokin mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä häiriöitä ovat sisään- ja ulospäin suuntautuvat oireet, eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, käytös- ja uhmakkuushäiriöt, sekä masennus ja ahdistuneisuushäiriöt. Sisäänpäin suuntautuvaan oireiluun vähentävästi vaikutti turvallisen kiintymyssuhteen luominen sijaisvanhempaan sekä sijoitus perheeseen laitoksen sijasta. Kompleksinen trauma eri traumatyyppineen on myös yleinen sijoitetuilla lapsilla, ja yleisin koettu trauma on laiminlyönti. Itsetuhoisuudesta kärsii eri arvioiden mukaan noin 20-75% riippuen iästä ja sijoituspaikasta. Lastensuojelun palveluiden ohella sijoitetut lapset käyttävät toiseksi eniten perusterveydenhuollon palveluita. Vaikka joka toisella on mielenterveyden häiriö, vain noin kolmas osa hakeutuu lapsille ja nuorille tarkoitettuihin mielenterveyspalveluihin. Sijoitettujen lasten mielenterveysongelmien hoitoon on kehitetty erilaisia psykososiaalisia hoitomenetelmiä. Osa hoitoa on myös mielenterveyden ja mielenterveysoireiden kartoittaminen, joista ainakin SDQ- (Strengths and Difficulties Questionnaire) ja BAC- (Brief Assessment Checklist) kyselyitä on tutkittu sijoitettujen lasten keskuudessa.

Jatkossa tutkimuksen kohteena voisi olla sijoitettujen lasten psykiatrinen hoito Suomessa. Myös sijoitettujen lasten ja nuorten kokemuksia heidän mielenterveytensä hoidosta voisi tutkia. Sijoitettujen lasten määrä kasvaa vuosi vuodelta, joten lisää tietoa heidän mielenterveydestään ja hoidon erityispiirteistä on tärkeää saada.

Asiasanat: sijoitetut lapset, mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, hoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SUSANNA KOIVU:

Mental health of foster children and treatment of their mental health problems
Descriptive literature review

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 8 pages
June 2020

The purpose of this thesis was to examine what is mental health of foster children like and what kind of methods of treatment are there to treat their mental health problems. The aim of this thesis was to produce descriptive literature review which provides more knowledge to social and health professionals about foster children's mental health and treatment of their mental health problems. Used databases were Cinahl, Scopus, Medline and Medic, of which were chosen 12 articles published between 2010-2019. Literature was analyzed with content analysis.

Results shows that about half of foster children have some mental health problem. The most common disorders are internalizing and externalizing disorders, which means attention deficit hyperactivity disorder, conduct problems, oppositional defiant disorder, depression and anxiety disorder. Safe attachment with foster parent and placing child to foster family instead of institution decreases internalizing disorder. Complex trauma is common among foster children and the most common experienced trauma is neglect. 20-75 percent of foster children, depending on age and foster placement, suffer from self-harm. The most commonly used service by foster children is Child Protective Service and the second most used is primary health care. Even the every other of foster children has some mental health problem, only third of them has contact to child and adolescent mental health service. Methods of treatment had been developed to treat foster children's mental health problems. Part of the treatment is screening mental health and symptoms. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) and BAC (Brief Assessment Checklist) are examined among foster children.

Future studies about foster children's psychiatric treatment in Finland are needed. Studies about foster children's and youth's experiences of their mental health treatment could be useful too. Amount of foster children is growing year by year so knowledge of their mental health and special characteristics of treatment is important.

Key words: foster children, mental health, mental health problem, treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TEOREETTINEN TAUSTA	7
	2.1 Sijaishuolto.....	7
	2.1.1 Perhehoito.....	8
	2.1.2 Lastensuojelulaitokset	9
	2.1.3 Ammatilliset perhekodit	9
	2.2 Lasten ja nuorten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöiden synty. 9	
	2.2.1 Mielenterveyden suoja- ja riskitekijät	11
	2.2.2 Lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus ja kiintymyssuhde.....	11
	2.2.3 Resilienssin kehittyminen	12
	2.2.4 Nuorten mielenterveyshäiriöiden kehittyminen	12
	2.3 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt	13
	2.4 Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	17
4	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS.....	18
	4.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen	19
	4.2 Aineiston haku ja valinta.....	19
	4.3 Aineiston analysointi ja kuvailun rakentaminen	24
5	TULOKSET	27
	5.1 Sijoitettujen lasten ja nuorten mielenterveys	27
	5.2 Sijoitettujen lasten ja nuorten mielenterveyden hoito.....	31
6	POHDINTA	37
	6.1 Tulosten tarkastelua	37
	6.2 Johtopäätökset	40
	6.3 Luotettavuus ja eettisyys	42
	6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	43
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	48
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto.....	48

1 JOHDANTO

Sijoitetut lapset ja nuoret ovat huostaanoton, kiireellisen tai väliaikaisen sijoituksen takia sijoitettuna hoitoon kodin ulkopuolelle. Sijaishuoltoon voidaan ottaa lapsi vain hyvin ja vakavin perustein. Tällöin lapsen terveys ja kehitys ovat vaarassa. Vaara voi tulla vanhempien tai lapsen itsensä taholta. (THL 2020a; THL 2020g.) Vuonna 2018 Suomessa oli 10 861 huostaanotettua lasta, 4 390 kiireellisesti sijoitettua lasta ja kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia oli 18 544 (THL 2020j). Lastensuojelun asiakkailta on usein taustalla mielenterveyden riskitekijöitä ja arvion mukaan puolella sijoitetuista lapsista täyttyy jonkin mielenterveyden häiriöin diagnostiset kriteerit (Heino ym. 2018, 2; Huikko ym. 2017, 11). Lasten mielenterveydelliset ongelmat tunnistetaan nykyään paremmin, mikä on lisännyt hakeutumista hoitoon. Tämän seurauksena myös hoitomuodot ovat kehittyneet muodostaen kaksi suuntausta: psykoterapeuttiset ja vanhempainohjaukselliset menetelmät. (Huikko ym. 2017, 18-20.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millainen on sijoitettujen lasten mielenterveys, ja millaisia menetelmiä heidän mielenterveysongelmien hoitoon on. Opinnäytetyön toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jotta aiheesta saataisiin mahdollisimman laaja, luotettava ja ajankohtaista tietoa sisältävä yhteenveto, jota sairaanhoitajat ja muutkin sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset voisivat työssään käyttää hyväksi. Sijoitettujen ja huostaanotettujen lasten ja nuorten määrä kasvaa vuosi vuodelta (THL 2020j), joten on tärkeä tietää, mitä erityispiirteitä heidän mielenterveyteensä ja sen hoitoon liittyy.

2 TEOREETTINEN TAUSTA

Opinnäytetyön aiheena on sijoitettujen lasten mielenterveys ja heillä esiintyvien mielenterveysongelmien/-häiriöiden hoito. Keskeisiä käsitteitä ovat sijaishuolto, lasten mielenterveys ja mielenterveysongelmien hoito. Tässä opinnäytetyössä sijoitetulla lapsella tarkoitetaan kaikkia alaikäisiä lapsia ja nuoria, jotka ovat sijaishuollon asiakkaina.

2.1 Sijaishuolto

Lapsen sijaishuolto tarkoittaa huostaanotetun, kiireellisesti sijoitetun tai väliaikaisesti sijoitetun lapsen hoitoa ja kasvatusta kodin ulkopuolella. Sijaishuoltoon voidaan sijoittaa vain lapsi, joka on sosiaalihuollon johtavan viranhaltijan tai tahdonvastaisissa huostaanotoissa hallinto-oikeuden huostaanottama. (THL 2020a.) Vuonna 2018 Suomessa oli 10 861 huostaanotettua lasta, 4 390 kiireellisesti sijoitettua lasta ja kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia oli 18 544. Luvut ovat kasvaneet vuosittain. (THL 2020j.)

Lapsen huostaanotto tarkoittaa lapsen ottamista sosiaalihuollon vastaavan toimielimen huostaan, jonka seurauksen lapselle on järjestettävä sijaishuolto.

Näin tulee toimia:

- ”jos puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kasvuolosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä; tai
- jos lapsi vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai muulla niihin rinnastettavalla käyttäytymisellään vaarantaa kehitystään tai terveyttään.” (THL 2020g.)

Näihin toimiin voidaan ryhtyä vain:

- ” jos avohuollon tukitoimet eivät ole lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia tai mahdollisia taikka jos ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja
- jos sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista.” (THL 2020g.)

Kiireellinen sijoitus voidaan järjestää yllä olevien syiden seurauksena ja se on oikeusvaikutuksiltaan verrattavissa huostaanottoon. Tähän voidaan ryhtyä esimerkiksi tilanteissa, joissa lapsen vanhemmat ovat päihteiden vaikutuksen

alaisina tai eivät ole akuutin mielenterveysongelman takia kykeneviä huolehtimaan lapsesta. Myös vanhemmille tapahtunut onnettomuus tai sairastuminen voivat olla kiireellisen sijoituksen syitä, jos lapselle aiheutuu tästä välitön vaara. Lapsi voi myös omalla käytöksellään aiheuttaa kiireellisen sijoituksen tarpeen. Sijoituspaikkana voi olla perhehoito, lastensuojelulaitos tai tarvittaessa terveydenhuollon laitos. (THL 2020h.)

Sosiaalihuollosta vastaava toimielin on kiireellisen sijoituksen aikana vastuussa lapsen hoidosta ja huollon järjestämisestä. Sijoituksen enimmäiskestoaika yhdellä päätöksellä on 30 päivää, jonka aikana on tehtävä päätös kiireellisen sijoituksen lopettamisesta tai jatkamisesta, huostaanotosta tai hakemus huostaanotosta hallinto-oikeudelle. (THL 2020h.) Hallinto-oikeudelle tehtävä hakemus tehdään, jos 12-vuotta täyttänyt lapsi tai hänen huoltajansa vastustaa huostaanottoa. Lapsen olinpaikasta voidaan tehdä väliaikainen määräys siksi ajaksi, kun lapsen huostaanottoa tai sijaishuoltoa koskeva asia on vireillä hallinto-oikeudessa tai korkeimmassa hallinto-oikeudessa. (THL 2020i.)

2.1.1 Perhehoito

Lapsi voidaan sijoittaa perhehoitoon, ammatilliseen perhekotiin, lastensuojelulaitokseen tai muuhun lapsen tarpeen mukaiseen hoitoon (THL 2020b). Perhehoito on laitoshoitoon nähden ensisijainen sijaishuollon muoto. Se tarkoittaa lapsen hoitoa tai huolenpitoa osa- tai ympärivuorokautisesti perhehoitajan/sijaisvanhemman kotona tai vaihtoehtoisesti lapsen kotona. Tarkoituksena on, että lapsi saisi mahdollisuuden asua kodinomaisessa ympäristössä ja luoda läheisiä ihmissuhteita, jolla edistetään hänen perusturvallisuuden tunnettaan ja sosiaalista kehitystään. (THL 2020c.)

Perhehoitolain mukaan perhehoitajan/sijaisvanhemman tulee suorittaa valmennus ennen lapsen sijoittamista perheeseen. Sukulais- ja läheisperheiden valmennus voidaan suorittaa viimeistään vuoden sisällä sijoituksesta. Valmennuskursseja järjestävät kaupungit, alueelliset sijaishuollon tai perhehoidon yksiköt, sekä muut perhehoitopalveluita tuottavat tahot. (Perhehoitoliitto n.d.)

Läheisverkostosijoitus tarkoittaa sukulaisen tai muun läheisen luokse sijoittamista. Tämä vaihtoehto on kartoitettava ennen päätöstä sijoituspaikasta. Sukulaisilla tai läheisillä ei kuitenkaan ole mitään erityistä oikeutta saada lasta luokseen, sillä sijoituspaikan valinnassa oleellisinta on lapsen tarve. (THL 2020f.)

2.1.2 Lastensuojelulaitokset

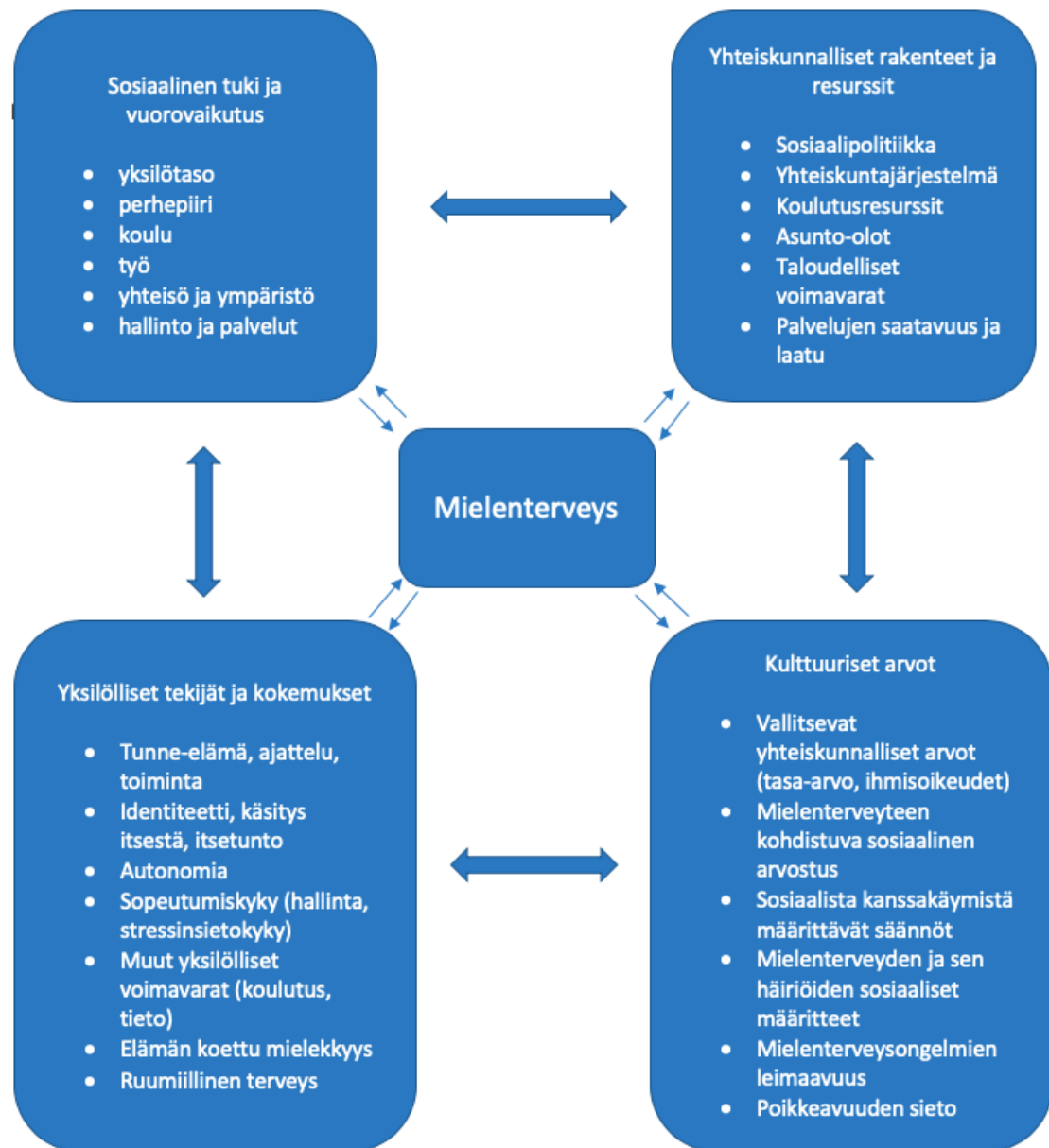
Lastensuojelulaitoksia ovat muun muassa lastenkodit, nuorisokodit, vastaanotto- ja koulukodit, joita ylläpitävät pääasiassa valtio, kunnat ja yksityiset tahot. Lapsen oireilun ollessa erityisen haastavaa sijoitetaan lapsi usein laitoshoitoon, jossa on saatavilla ammatillista osaamista. Henkilökunta koostuu usein sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, kuten sosionomeista, lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Laitoshoido voi olla myös ratkaisu, kun sijoitus on väliaikainen, jolloin yhteydenpito ja työskentely vanhempien kanssa on mahdollista. Yhdessä asuinyksikössä voi asua enintään seitsemän lasta ja samassa rakennusryhmässä enintään 24 lasta. Tarkoituksena on, että lapselle luotaisiin mahdollisimman tilava, viihtyisä, kodinomainen ja turvallinen ympäristö, jossa hänellä on myös tilaa yksityisyyteen. (THL 2020d.)

2.1.3 Ammatilliset perhekodit

Ammatilliset perhekodit ovat nimensä mukaisesti perhekoteja, mutta niihin voidaan myös sijoittaa erityistä hoitoa tarvitsevia lapsia, koska niissä on vahvempaa osaamista kuin perhekodeissa. Ne ovat kuitenkin kodinomaisempia kuin laitოსolosuhteet. Ammatillisessa perhekodissa tulee olla vähintään kaksi hoitajaa, joista toisella pitää vähintään olla tehtävään soveltuva koulutus ja riittävä kokemus hoito- ja kasvatustehtävistä. Myös muilla työntekijöillä tulisi olla kokemusta lastensuojeluasioista. Perhekodissa saa hoitaa enintään seitsemää henkilöä, jolloin hoitavia, perhehoitolaissa säädetyn kelpoisuuden omaavia henkilöitä, tulee olla vähintään kaksi. (THL 2020e.)

2.2 Lasten ja nuorten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöiden synty

Mielenterveys on tärkeä voimavara ja osa ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Sillä on olennainen merkitys yksilön elämänlaatuun ja koko yhteiskunnan hyvinvointiin. Siihen vaikuttaa monet tekijät, joita on kuvattu kuviossa 1. (Friis, Seppänen & Mannonen, 2004, 32.)



KUVIO 1. Mielenterveyden malli (Fris ym. 2006, 33.)

Mielenterveys ei enää tarkoita pelkästään mielen sairauden puuttumista, vaan mielenterveys nähdään paljon moniulotteisempänä kokonaisuutena, johon vaikuttaa moni tekijä, jotka kaikki ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan se muuttuu elämän aikana, osa mielenterveyden voimavaroista ehtyy, kun taas toisia tulee lisää. Ja kuten kuviosta 1. näkee, mielenterveyteen vaikuttavat myös monet muut tekijät kuin ihminen itse, eikä yksilö pysty niihin kaikkiin itse vaikuttamaan. (Hannukkala ym. 2018, 14-15.)

2.2.1 Mielenterveyden suoja- ja riskitekijät

Mielenterveyteen vaikuttavat myös suoja- ja riskitekijät. Suojatekijät vahvistavat mielenterveyttä sekä kompensoivat ja vähentävät riskitekijöiden vaikutuksia. Mitä enemmän ihmisellä on suojatekijöitä, sitä paremmin hän selviää elämän karioista. Sisäisiä suojatekijöitä ovat muun muassa myönteiset varhaiset ihmissuhteet ja tunnetaidot, ja ulkoisia ovat taas sosiaalinen tuki, riittävät ravinto ja koti. Riskitekijät ovat perinnöllisiä, biologisia, käyttäytymiseen liittyviä, psykologisia, sosiaaliskulttuurisia, taloudellisia tai ympäristöllisiä. Sisäisiä riskitekijöitä ovat muun muassa itsetunnon haavoittuvuus ja yksinäisyys, ja ulkoisia ovat taas mielenterveysongelmat perheessä, hyväksikäyttö ja väkivalta. (Hannukkala ym. 2018, 17-19.)

2.2.2 Lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus ja kiintymyssuhde

Lasten mielenterveys kehittyy vuorovaikutuksessa vanhemman/huoltajan kanssa, ja olennaisiksi asioiksi muodostuvatkin lapsuuden aikaiset kiintymyssuhteet. Vanhemman tehtävä on säädellä vielä siihen itse kykenemättömän lapsen olotilaa, niin ettei se joudu kokemaan liiallista fyysistä tai psyykkistä pahaa oloa. Vuorovaikutuksessa tarpeita riittävästi huomioivan vanhemman kanssa lapsi oppii säätelämään omia tunteitaan ja käyttäytymistään. Jos kuitenkin vanhemman kyky tällaiseen vuorovaikutukseen on jonkin tekijän, kuten vanhemman mielenterveydenhäiriön, köyhyyden tai sosiaalisten vaikeuksien takia heikentynyt, saattaa lapsen mielenterveyden kehitys vaarantua. Myös lapsen runsas itkuisuus, haastava temperamentti tai lapsen toistuva sairastelu saattavat heikentää vanhemman kykyä vastata lapsen tarpeisiin. Näiltä erilaisilta riskitekijöiltä suojaa kuitenkin myönteiset kokemukset vanhemman kanssa. Turvallinen kiintymyssuhde on merkittävä suojaava tekijä. (Puura & Tamminen, 2016, 951-952.)

Vakavat ongelmat lapsen hoidossa, vuorovaikutuksessa tai lapsen käyttäytymisessä voivat ylittää vanhemman ja lapsen kahdenkeskisen sopeutumiskyvyn, ja pitkäkestoisena aiheuttaa lapselle psyykkistä ahdinkoa, joka näkyy erilaisina oireina. Näitä oireita voivat olla vetäytyminen vuorovaikutuksesta, ärtyneisyys ja unen ja syömisen säätelyn heikentyminen, jotka pitkäkestoisina ja eri tilanteissa esiintyvinä, voivat olla merkki vauvan oman sopeutumiskyvyn menetyksestä ja merkki psyyken kehityksen häiriöstä. Myös

pienellä lapsella voidaan diagnosoida masennus tai ahdistuneisuushäiriö. (Puura & Tamminen, 2016, 952-954.)

Lapsen oma tunnesäätely kehittyy varhaislapsuudessa vanhemman kanssa koettujen tunnevuorovaikutuskokemusten kautta, jolloin vanhempi pääosin vastaa lapsen tunnesäätelystä. Vanhempi ja lapsi soinnuttavat eleitään, ääntelyään ja liikkeitään toistensa mukaan, ja tarvittaessa pyrkivät korjaamaan väärinsoinnutuksia. Tässä kehittyy myös vanhemman kyky ymmärtää vauvan tunteita ja ajatuksia, jota kutsutaan mentalisaatioksi. Myös lasten kyky säädellä tekojaan ja käyttäytymistään kehittyy ensimmäisten ikävuosien aikana aina aikuisuuteen asti. Noin kahden vuoden iässä kielteiset tunteet, kiukunpuuskat ja aggressiiviset teot ovat yleisiä, mutta niiden tulisi vähentyä kouluikään mennessä. Pikkulasten käytösongelmat ovat suhteellisen pysyviä ja yhteydessä myöhemmin esiintyviin opillisiin ja sosiaalisiin vaikeuksiin, sekä mielenterveydenhäiriöihin ja rikollisuuteen. (Puura & Tamminen, 2016, 954.)

2.2.3 Resilienssin kehittyminen

Resilienssi eli mielen joustavuus kasvaa muun muassa arjen vastoinkäymisistä selviytymisten myötä. Liialliset vahingolliset kokemukset, kuten pitkäkestoinen lapsen kaltoinkohtelu tai seksuaalinen hyväksikäyttö ovat lapselle kuitenkin ylitsepääsemättömiä kokemuksia ja aiheuttavat traumaperäisen stressireaktion. Tämä voi näkyä pakonomaisena ahdistusta aiheuttavana leikkinä, toistuvina painajaisunina, takaumina ja dissosiaatio-oireina. (Puura & Tamminen, 2016, 954-955.)

2.2.4 Nuorten mielenterveyshäiriöiden kehittyminen

Kehityopsykologisten teorioiden mukaan nuoruusiän mielenterveyden häiriöt ja persoonallisuuden haavoittuvuus ovat seurausta epäedullisista biologisista tekijöistä ja varhaislapsuuden kokemuksista. Perintötekijät, sikiökauden aikaiset häiriöt ja lapsuuden aikaiset vahingolliset tapahtumat voivat vahingoittaa aivojen kehitystä ja aiheuttaa tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen säätelyn ongelmia. Nämä ovat pohja sosiaalisille vaikeuksille ja mielenterveyden ongelmille. Nuoruus on vaativien kehitystehtävien aikaa, joka vaatii resursseja. Varhaiset traumaattiset kokemukset tai epävakaat kehityksen pohjat voivat vaarantaa kehitystehtävistä suoriutumisen, ne tuntuvat ylivoimaisilta ja nuori alkaa oireilla.

(Ebeling, 2002.) Lisäksi nuoren aivot ovat aikuisen aivoja herkempiä erilaisille ulkoisille ärsykeille, kuten päihteille, voimakkaalle stressille ja psyykkisille traumoille, ja niiden haitallisille vaikutuksille (Marttunen & Karlsson, 2013, 7). Nuoren käytöksen ja oireiden erottaminen normaalista ja patologisesta on usein vaikeaa. Kuitenkin 70-80% nuorista selviää tästä kehitysvaiheesta ilman suurempia hankaluuksia. (Ebeling, 2002.)

2.3 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt

Lapsilla mielenterveyden häiriöt ovat usein neuropsykiatrisia häiriöitä sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä, joista yleisempiä ovat ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), käytöshäiriöt, uhmakkuushäiriö ja masennus. Toimintakykyä laskevia, vakavia häiriötä arvioidaan olevan 10-15 prosentilla lapsista. Lasten mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja moninaisia, ne jatkuvat usein aikuisuuteen asti ja yleistä on, että lapsella esiintyy esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön lisäksi käytösongelmia. Erityisesti lastensuojelun asiakkaina olevilla lapsilla esiintyy usein mielenterveyden häiriöitä, arvion mukaan vajaalla puolella täytyy jonkin häiriön diagnostiset kriteerit. (Huikko ym. 2017, 11.)

Lasten **ahdistuneisuushäiriöiden** taustalla on usein perinnöllisiä tekijöitä, perheeseen ja lapsen temperamenttiin liittyviä tekijöitä, sekä epäedullisia elämäntapahtumia. Lapsen ahdistus voi näkyä eroahdistushäiriönä, pelko- ja ahdistushäiriönä, sosiaalisena ahdistushäiriönä, yleistyneenä ahdistushäiriönä ja paniikkihäiriönä. Lapsilla samanaikaissairastavuus on yleistä, eli lapsi saattaa kärsiä eri ahdistuneisuushäiriön alatyypeistä tai ahdistuksen lisäksi masennuksesta ja/tai käytösongelmista. (Lastenmielenterveystalo.fi n.d.)

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) on neuropsykiatrinen häiriö, jonka kehittämisessä perimällä ja ympäristötekijöillä (biologiset ja psykososiaaliset tekijät) on merkittävä yhteisvaikutus. Geneettinen tausta on monitekijäinen, mutta alttiusgeenit ovat luultavasti yhteydessä ympäristön riskitekijöiden kanssa. Esimerkiksi raskauden aikainen tupakointi sekä alkoholin ja joidenkin huumeiden ja pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien (PKV) lääkkeiden käyttö on yhteydessä lapsen riskiin sairastua aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön. Psykososiaalisista riskitekijöistä esimerkiksi turvaton kiintymyssuhde voi altistaa

ADHD:lle, mutta kaiken kaikkiaan varhaisten psykososiaalisten ympäristötekijöiden vaikutuksesta ADHD:n kehittymiseen on vähän tutkimusnäyttöä. (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö): Käypä hoito -suositus, 2019.)

Lasten ja nuorten **käytöshäiriöiden** ilmenemisen tausta on monitekijäinen, ja siihen vaikuttaa useat geneettiset, aivojen rakenteeseen ja toimintaan, neurobiologiaan, lapsen temperamenttiin ja persoonallisuuteen, sosiaaliseen vuorovaikutukseen, vanhemmuuteen sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Näistä mainittakoon tähän opinnäytetyöhön liittyvinä tekijöinä äidin raskaudenaikaiset tekijät, kuten alkoholin käyttö, tupakointi ja ahdistuneisuus sekä lapseen tai nuoreen liittyvät yksilölliset tekijät, kuten sosiaalisen kognition ja empatiakyvyn heikkous. Lisäksi erityisesti psykososiaaliset tekijät, kuten turvaton kiintymyssuhde, kaltoinkohtelu ja traumaattiset kokemukset, perheen heikko sosioekonominen asema, vanhempien konfliktit, päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat ja rikollisuus vaikuttavat käytöshäiriöiden ilmenemiseen. (Aronen, 2018.)

Masennuksen ja mielialahäiriöiden piirteet ovat lapsilla ja nuorilla samoja kuin aikuisilla, vaikkakin oireilu saattaa poiketa eri ikäkausina kehitysvaiheiden vuoksi (Huttunen, 2018). ”Masennus syntyy geneettisen ja neurobiologisen alttiuden sekä ympäristön ja elämäntapahtumien aiheuttaman stressin interaktionalla lapsen tunnesäätelykyvyn vääristyessä. Alle murrosikäisillä lapsilla etiologiassa korostuu puutteellisen ja kaltoin kohtelevan vanhemmuuden osuus.” (Tamminen, 2010.) Masennuksen syntyyn vaikuttavat suoja- ja riskitekijät, joista perinnölliset ja neurobiologiset riskitekijät altistavat ympäristön vaikutuksille. Usein masennus kulkee suvuittain ja lisäksi erityisesti äidin masennus ja isän päihteiden käyttö myös ympäristön riskitekijänä ovat yhteydessä lapsen masennukseen. Kielteiset elämäntapahtumat, kuten ihmissuhdemenetykset, kiusatuksi tuleminen ja lapsen sairastuminen lisäävät masennuksen riskiä. Suojaavia yksilöllisiä tekijöitä taas ovat muun muassa älykkyys, aktiiviset sopeutumiskeino, hyvä itsetunto, sosiaaliset taidot ja fyysinen aktiivisuus. Ympäristön suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi hyvät ihmissuhteet ja positiivinen kouluympäristö. (Tamminen, 2010.)

2.4 Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito

Ensisijainen lasten mielenterveyden hoito on mielenterveyden edistämistä, tukemista ja häiriöiden ennaltaehkäisemistä. Julkiset palvelut, kuten varhaiskasvatus, koulut ja neuvolat ovat ensiarvoisen tärkeitä tahoja lapsen mielenterveyden arvioinnissa ja edistämisessä. Ehkäisevä ja varhaista tukea antavat mielenterveystyö kuuluu lastenneuvoloille ja kouluterveydenhuollolle. Mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa ensisijaisia ovat lapsen vanhemmat, mutta myös muut lapsen kanssa usein tekemisissä olevat aikuiset, kuten varhaiskasvatukset ja koulun henkilökunta. (Huikko ym. 2017, 16.) Lasten hoitoon kuuluu aina yhteistyö vanhempien kanssa ja hoito tulee suunnitella lapsen iän, kehityksen, riski- ja suojatekijöiden sekä häiriön mukaan. (Tamminen, 2010.)

Lasten mielenterveyspalveluihin hakeutuminen on lisääntynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä, jonka syynä pidetään sitä, että ongelmat tunnistetaan aiempaa paremmin ja niihin haetaan herkemmin apua. Samalla hoitomuodot ovat kehittyneet lisääntyneen tarpeen kasvaessa. Hoitomuodoissa on kehittynyt kaksi eri suuntausta: **psykoterapiaperinne ja vanhempainohjauksen menetelmien tutkimusperinne**. Lasten yksilöterapiat on todettu olevan vaikuttavia ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen hoidossa, kun taas monissa muissa häiriöryhmissä vanhempainohjauksen menetelmät ovat tuloksellisempia. Esimerkiksi lasten käytöshäiriöiden hoidossa tuki kohdistetaan huoltajille, koska hoidon perimmäinen tarkoitus on vahvistaa lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta. Perheterapeuttiset menetelmät soveltuvat hyvin tilanteisiin, joissa lapsella on suuri riski tulla sijoitetuksi kodin ulkopuolelle. Sijoitettujen lasten biologisia ja sijaisvanhempia tukemaan on kehitetty erillisiä perheterapeuttisia hoitomenetelmiä. Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöissä hoidon tulee olla monimuotoista, koska koti, päiväkotia ja koulu ovat merkittäviä kasvuympäristöjä lapselle, jossa hänellä on tärkeitä ihmissuhteita. Lisäksi lapsen häiriöt usein kuormittavat vanhempia psyykkisesti, jolloin vanhemman psyykinen oireilu saattaa ylläpitää lapsen oireilua. Tällöin yksilöllistetty hoito on perusteltua. Siihen kuuluu usein vanhempainohjausta, pari- ja perheterapiaa sekä lapsen yksilöllistä tukea. Myös muut lapsen kasvuympäristöt, kuten koulu ja päiväkotia otetaan huomioon, sillä niissä lapsi opettelee toimimaan ryhmissä ja kehittää tunteiden säätelykykyään sekä sosiaalisia taitojaan. (Huikko ym. 2017, 18-20.)

Lasten mielenterveyshäiriöiden hoitoon on erilaisia **hoito- ja kuntoutusmuotoja** eri sairaanhoitopiireissä. Hoito ja kuntoutus voi tapahtua avohoitona, liikkuvana ja kotiin menevänä työnä tai osastohoitona lapsen tarpeen ja tilanteen mukaan. Avohoito voi tapahtua perheen ja vanhempien hoitona ja kuntoutuksena, lasten yksilöhoitoina ja -kuntoutuksena, lasten ryhminä tai vanhempien ja perheiden ryhminä. Liikkuva ja kotiin menevä työ voi olla arviointi- tai hoitokäyntejä, jotka toteutuvat lapsen kotona, koulussa tai päiväkodissa ja ovat mahdollisesti osa muuta hoitoa. Työ voi olla myös kiireellistä työtä. Psykiatrinen osastohoito voi olla kokovuorokautista- tai päiväosastohoitoa. Lisäksi joissakin sairaanhoitopiireissä on akuutti- ja kriisiosastoja sekä tutkimus- ja hoito-osastoja. Myös eri häiriöille saattaa olla omat osastot, kuten neuropsykiatrian tai traumapsykiatrian osastot. Usein alle 12-vuotiaat ovat lastenpsykiatrian asiakkaita ja sitä vanhemmat nuorisopsykiatrian. Hoitomenetelminä osastoilla käytetään muun muassa omahoitajuutta, psykoedukaatiota, kognitiivisia menetelmiä, erilaisia toiminnallisia ryhmiä ja tiettyihin tavoitteisiin pyrkiviä ryhmiä, kuten musiikkiterapiaryhmä. (Huikko ym. 2017, 44-57.)

Lasten ja nuorten **psykelaäkkeiden käyttö** on aina osa muuta hoitoa. Erityisesti masennus- ja psykoosilääkkeiden ja ADHD:seen tarkoitettujen stimulanttien käyttö on lisääntynyt. Lääkehoidolla pyritään lievittämään kärsimystä ja mahdollistamaan muiden hoitomuotojen käyttö, kuten psykoterapian. Psykelaäkkeiden käyttö on nuorilla yleisempää kuin lapsilla, paitsi ADHD:n kohdalla, jossa lääkitys aloitetaan usein 7-10-vuotiaana. Masennuksen ja ahdistuksen kohdalla psykoterapeuttiset menetelmät ovat ensisijainen hoitomuoto, mutta jos hoidot eivät ole yksistään riittävän tehokkaita, lisätään hoitoon lääkitys. Psykoosilääkkeiden käyttö lapsilla ja nuorilla on lisääntynyt viime vuosina, ja niitä käytetään yleisesti lapsilla ja nuorilla käytöshäiriöihin, nuorilla lisäksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön manian hoitoon ja skitsofrenian hoitoon. Käytön tulisi kuitenkin olla ajallisesti rajattua ja vain psykososiaalisten hoitojen rinnalla. (Haapasalo-Pesu, 2016.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millainen on sijoitettujen lasten mielenterveys ja millaisia menetelmiä heillä esiintyvien mielenterveysongelmien hoitoon on.

Tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksen avulla etsittiin vastauksia, olivat seuraavat:

1. Millainen on sijoitettujen lasten mielenterveys?
2. Millaisia menetelmiä sijoitettujen lasten mielenterveysongelmien hoitoon on?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla voidaan lisätä sairaanhoitajien ja muidenkin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoutta sijoitettujen lasten mielenterveydestä ja sijoitettujen lasten mielenterveysongelmien hoidosta.

4 KUIVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Menetelmää käytetään paljon hoito- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen, johon valitun aineiston avulla etsitään kuvaileva ja laadullinen vastaus. Kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen, mutta vaiheet kulkevat osittain päällekkäin prosessin aikana. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa edelleen kahteen hieman erilaiseen orientaatioon, narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. (Salminen 2011, 7.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty narratiivista yleiskatsausta. Se on laaja prosessi, jonka tarkoituksena on luoda yhtenäinen helppolukuinen kokonaisuus muuten hajanaisista tutkimusartikkeleista. (Salminen 2011, 7.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen menetelmä, joka pyrkii ymmärtämään käsiteltävää aihetta. Sen avulla voidaan koota kliinistä tietoa valitusta ilmiöstä ja luoda rajattu, jäsennetty ja perusteltu lopputulos, jota esimerkiksi käytännön työntekijöiden on helpompi käyttää, kuten tämänkin opinnäytetyön tarkoituksena on. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kuitenkin kritisoitu sen epätarkkuudesta. Se voi kuitenkin olla tarkoituksenmukaisin menetelmä, jolla vastata ilmiöihin, joissa keskeisintä ei ole näytön aste tai ilmiön yleisyys. Se etsii enemminkin vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään, mitkä ovat keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. (Kangasniemi ym. 2013, 292-294.)

Tutkimuksen eettisyys nousee esille tutkimuskysymyksen muotoilussa sekä tutkimusetiikan noudattamisena kaikissa edellä mainituissa vaiheissa. Tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden onnistunut perustelu, prosessin johdonmukaisuus sekä kuvailun vakuuttavuus kertovat tutkimuksen luotettavuudesta. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.)

4.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen ja ohjaava tekijä on tutkimuskysymys, joka on nimensä mukaisesti usein kysymyksen muodossa. Kysymyksen tulee olla riittävän rajattu, jotta kyseistä aihetta voidaan tarkastella syvällisesti, mutta kuitenkin laaja, jotta voidaan huomioida erilaiset näkökulmat. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Tutkimuskysymyksen muotoilussa apuna voi käyttää PICO-menetelmää, joka jäsentää kysymyksen eri osatekijät seuraavasti:

P = patient (potilas/-aat)

I = intervention (interventio; hoito- tai muu menetelmä)

C = comparison intervention (vertaileva menetelmä, jos tarpeen)

O = outcome (toivottava tulos).

(Elomaa & Mikkola, 2010, 12.)

Tätä mukaillen tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys muotoutuu seuraavasti:

P = sijoitetut lapset (<18v.)

I = mielenterveyden hoito

CO = hoitotyö

4.2 Aineiston haku ja valinta

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto valitaan tutkimuskysymyksen perusteella, siten, että aineisto vastaisi mahdollisimman tarkasti esitettyyn kysymykseen. Aineiston valinnassa olennaista on, kuinka valittu aineisto täsmentää, jäsentää, kritisoi tai avaa tutkimuskysymystä. Aineistoon voi kuulua esimerkiksi konferenssijulkaisuja ja pääkirjoituksia. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta voi tapahtua joko implisiittisenä ja eksplisiittisenä valintana. Tässä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty eksplisiittistä valintaa. Se muistuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tapaa kuvata aineiston valintaprosessi vaiheet hyvin tarkasti ja siinä hyödynnetään hakusanoja ja aika- ja kielirajauksia. Aineistoon voidaan kuitenkin ottaa mukaan myös aineistoa, joka ei perustu pelkästään tarkkoihin rajauksiin. Olennaista valinnassa on, että aineisto sisältää

tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta oleellista tietoa. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296).

Tämän kirjallisuuskatsauksen eksplisiittinen valinta tapahtui käyttämällä elektronisia tieteellisiä tietokantoja, joita olivat Cinahl, Medline, Scopus ja Medic. Nämä tietokannat valittiin niiden kattavan artikkelikokooman vuoksi, Cinahl painottuen hoitotieteeseen ja hoitotyöhön, Medline lääke- ja terveystieteisiin, Scopus ollen monialan tietokanta ja Medic taas kotimainen terveystieteiden viitetietokanta.

Hakusanoina käytettiin sanoja "foster", "child", "mental", "health", "sijoitet*", "sijais*" ja "mielentervey*". Hakulauseena käytettiin "foster AND child* AND mental* AND health*" sekä "sijoitet* OR sijais* AND mielentervey*", jossa OR -sanalla yhdistettiin samankaltaisten sanojen eri merkityksiä ja AND -sanalla yhdistettiin eri aihealueet, joita haluttiin hakea (TAULUKKO 1.).

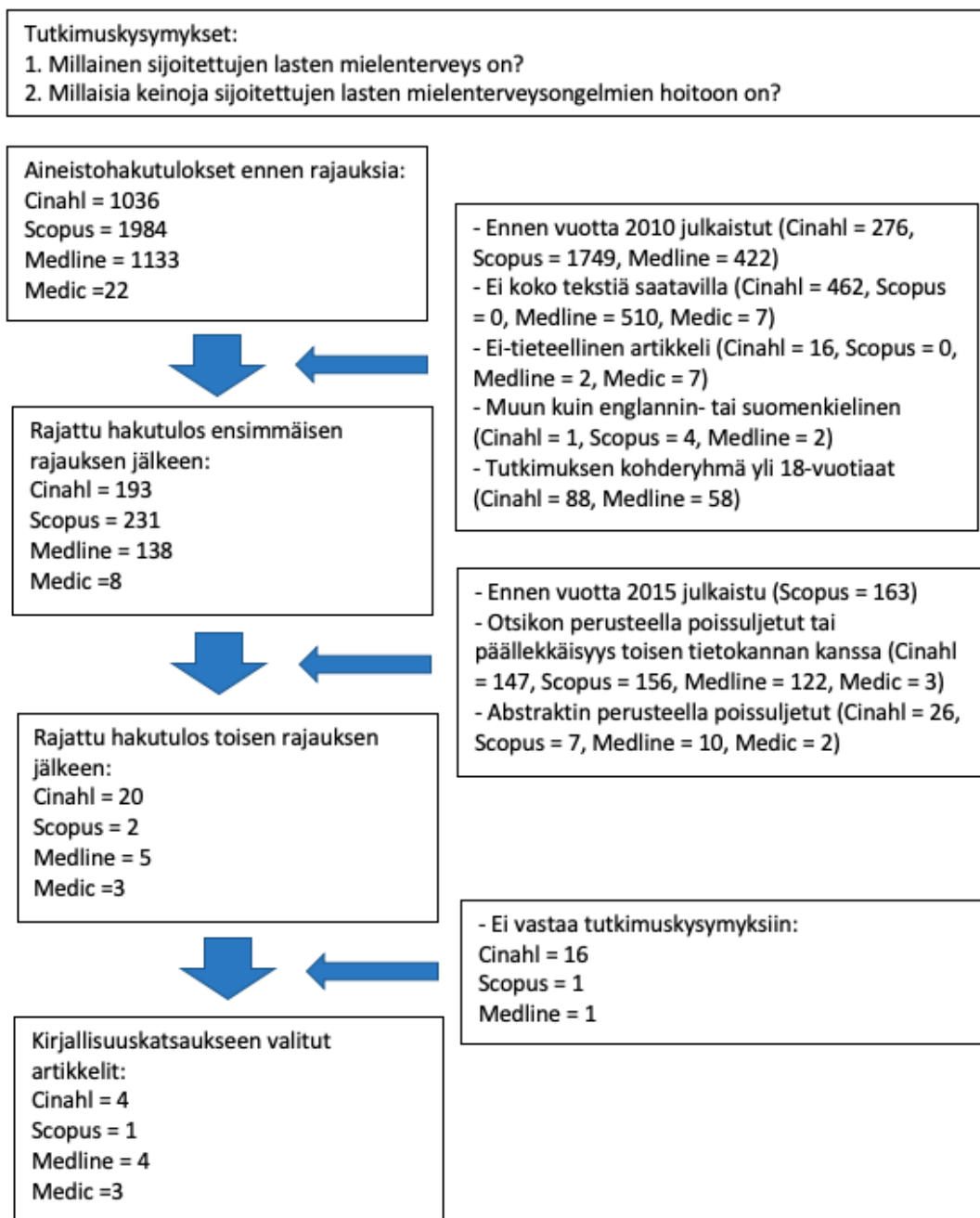
TAULUKKO 1. Suoritetut haut ja valinnat

Tietokanta ja hakusanat	Valinta
Cinahl: Foster AND child* AND mental health	Hakutulokset 1036 Otsikon perusteella valittu 48 Abstraktin perusteella valittu 33 Tekstin perusteella valittu 4
Scopus: Foster AND child* AND mental* AND health*	Hakutulokset 1984 Otsikon perusteella valittu 9 Abstraktin perusteella valittu 4 Tekstin perusteella valittu 1
Medline: Foster AND child* AND mental health	Hakutulokset 1133 Otsikon perusteella valittu 20 Abstraktin perusteella valittu 9 Tekstin perusteella valittu 4
Medic: Sijoitet* OR sijais* AND mielentervey*	Hakutulokset 22 Otsikon perusteella valittu 5 Abstraktin perusteella valittu 3 Tekstin perusteella valittu 3

Vaikka kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa eivät ohjaa tiukat kriteerit, täytyi aineiston hakua hieman rajoittaa sisäänotto- ja poissulkukriteereiden avulla (TAULUKKO 2.), jotta löydettiin relevantit lähteet. Medline- ja Cinahl-tietokannoissa pystyi rajaamaan ulkopuolelle ei-tieteelliset artikkelit. Aineiston julkaisuajankohdaksi rajattiin vuoden 2010 aikana tai jälkeen julkaistut, ja haku tehtiin huhtikuussa 2020. Aineiston kieleksi rajattiin englanti tai suomi, jotta tekstin sisältö oli ymmärrettävissä. Tutkimusten kohderyhmän tuli olla alle 18-vuotiaat, koska tutkimuskysymyksen kohteena olivat vain sijoitetut lapset, ei aikuiset eikä eläimet. Aineiston tuli olla saatavilla Tampereen ammattikorkeakoulun (TAMK) kirjaston kautta, joten osa aineistoista karsiutui saatavuuden takia. Aineiston haku- ja valintaprosessi on avattuna kuviossa 2.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tieteellinen alkuperäistutkimus	Ei tieteellinen alkuperäistutkimus
Julkaistu vuonna 2010 tai sen jälkeen	Julkaistu ennen vuotta 2010
Aineisto on saatavilla englanniksi tai suomeksi	Aineisto on muulla kielellä kuin englanniksi tai suomeksi
Aineisto on saatavilla ilmaiseksi tai TAMK:in kirjaston kautta	Aineisto ei ole saatavilla ilmaiseksi tai TAMK:in kirjaston kautta
Aineisto käsittelee alle 18-vuotiaita	Aineisto käsittelee yli 18-vuotiaita
Aineisto käsittelee sijoitettujen lasten mielenterveyttä tai sen hoitoa	Aineisto ei käsittelee sijoitettujen lasten mielenterveyttä tai sen hoitoa



KUVIO 2. Tutkimusartikkeleiden haku kaaviona.

Tutkimusartikkeleiden tiivistelmien perusteella valittuja artikkeleita löytyi 30 kpl. Ennen artikkeleiden koko tekstin sisältöön perehtymistä ja tarkempaa karsintaa, artikkelit jaettiin aihealueensa mukaan neljään kategoriaan;

1. Sijoitettujen lasten mielenterveyttä käsittelevät artikkelit (13 kpl)
2. Sijoitettujen lasten mielenterveyttä edistävien palveluiden ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa käsittelevät artikkelit (10 kpl)
3. Sijoitettujen lasten mielenterveyden ja sen häiriöiden seulontaan käytettäviä mittareita ja työkaluja käsittelevät artikkelit (3 kpl)

4. Sijoitettujen lasten mielenterveydellisiä tarpeita käsittelevät artikkelit (4 kpl)

Artikkeleiden koko sisällön luvun jälkeen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 12 artikkelia (Liite 1.), jotka käsittelevät sijoitettujen lasten mielenterveyttä ja sen hoitoa. 18 artikkelia jäi ulkopuolelle, koska ne eivät vastanneet riittävän hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Myös yllä mainituista neljästä kategoriasta viimeisin (sijoitettujen lasten mielenterveydellisiä tarpeita käsittelevät artikkelit) karsiutui pois tässä vaiheessa, koska se ei suoranaisesti vastannut asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Valitut artikkelit jakautuivat täten lopulta seuraaviin kategorioihin:

1. Sijoitettujen lasten mielenterveyttä käsittelevät artikkelit (6 kpl)
2. Sijoitettujen lasten mielenterveyttä edistävien palveluiden ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa käsittelevät artikkelit (4 kpl)
3. Sijoitettujen lasten mielenterveyden ja sen häiriöiden seulontaan käytettäviä mittareita ja työkaluja käsittelevät artikkelit (2 kpl)

4.3 Aineiston analysointi ja kuvailun rakentaminen

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysimenetelmäksi on valittu sisällönanalyysi, jolla on vahva jalansija hoitotieteellisessä tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 166). Sitä käytetään kuvailemaa tutkittavaa ilmiötä ja sen avulla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty induktiivista analyysia, jossa edetään aineiston ehdoilla. Sisällönanalyysin avulla aineisto tiivistetään ja luodaan ilmiön yleistävä kuvailu, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä, -karttoja tai malleja. Myös tutkittavien ilmiöiden välisten suhteiden esittäminen on yksi sisällönanalyysin tarkoitus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 166.)

Analyysin tekeminen etenee seuraavien Tuomen ja Sarajärven (2018, 78) esittelemien vaiheiden kautta:

- 1) Päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa.
- 2) Aineiston litterointi:

- a) aineiston läpikäynti ja kiinnostuksenkohteiden erottelu ja merkitseminen muista asioista,
 - b) muiden asioiden poisjättäminen,
 - c) merkittyjen asioiden yhteen kerääminen erilleen muusta aineistosta.
- 3) Aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely.
- 4) Yhteenvedon kirjoittaminen.

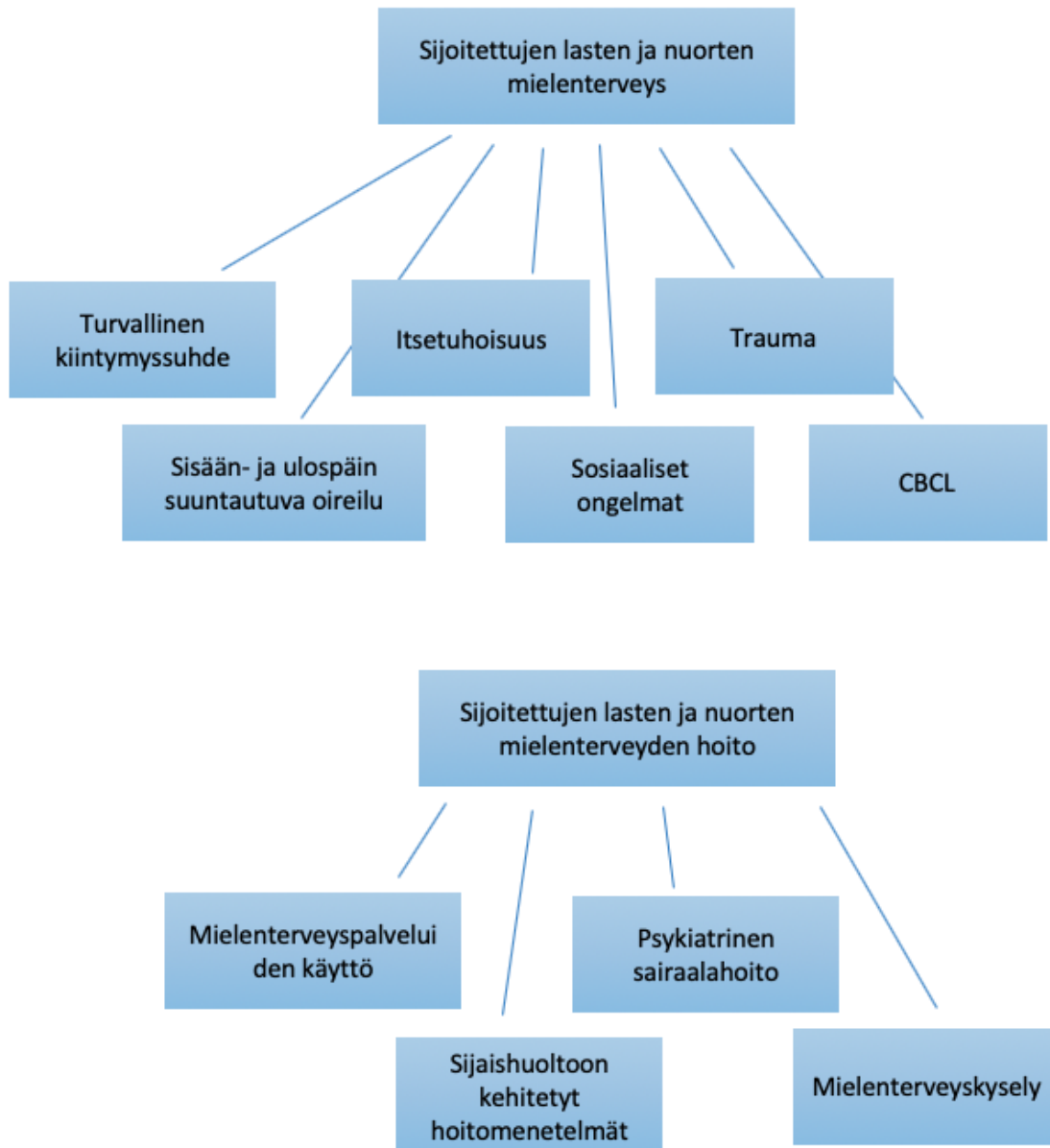
Kiinnostuksen kohde on kirjattu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään tai -ongelmaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78.) Tämän kirjallisuuskatsauksen kiinnostuksen kohde on sijoitettujen lasten mielenterveys ja heillä esiintyvien mielenterveysongelmien hoitoon käytettävät keinot. Esimerkki sisällönanalyysistä on taulukossa 3.

Induktiivinen aineiston analyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi, joista ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen, toinen on aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmas on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Redusoinnissa aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois ja aineistosta etsitään vain tutkimusta kuvaavia ilmaisuja, joita voidaan alleviivata, toisin sanoen tämä on litterointia. Klusterointia varten alkuperäisilmaukset ja niiden pelkistetyt ilmaukset kerätään allekkain erilleen muusta aineistosta ja samaa ilmiötä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset jaetaan omiin ryhmiin. Klusteroinnissa muodostetaan samaa ilmiötä kuvaavien käsitteiden alaluokat. Ne nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä, kuten tutkittavan ilmiön ominaisuuden tai piirteen mukaan. Alaluokkia yhdistelemällä muodostuu yläluokkia ja niitä yhdistelemällä pääluokkia. Pääluokat nimetään ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan ja niistä muodostuu lopulta yhdistävä luokka, joka on yhteydessä tutkimustehtävään. Klusterointi on osa abstrahointia, joka on analyysin kolmas vaihe. Siinä alkuperäisaineiston ilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91-94.)

TAULUKKO 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
" Most FC were securely attached at T1, and no group differences were identified; neither the FC nor CC differed from typical children in their attachment patterns." (6)	Suurin osa sijoitetuista lapsista turvallisesti kiintynyt	Turvallinen kiintymyssuhde	Sijoitettujen lasten ja nuorten mielenterveys
" The study suggests that young FC have the possibility to form enduring secure attachments when placed in stable and well-functioning foster homes." (6)	Sijoitetuttujen lasten on mahdollista muodostaa turvallinen kiintymyssuhde		
" At 42 months, girls in FC were more likely to have secure attachment than girls in CAU, but no difference was observed in boys." (7)	Sijaishoteihin sijoitetuilla on todennäköisemmin turvallinen kiintymyssuhde kuin laitoshoidossa olevilla.		
" Greater attachment security predicted lower rates of internalizing disorders in both sexes." (7)	Mitä turvallisempi kiintymyssuhde, sitä vähemmän sisäänpäin suuntautuvaa oireilua.	Sisään- ja ulospäin suuntautuva oireilu	
" Girls in FC had fewer internalizing disorders than girls in CAU. The intervention had no effect on internalizing disorders in boys." (7)	Sijaishoidossa olevilla vähemmän sisäänpäin suuntautuvaa oireilua.		
" scores on the anxious-depressed and insecure scales were also closely related ($r = .62$), since both scales measure anxiety symptoms." (1)	Ahdistus, masennus ja turvattomuus kulkevat usein käsikädessä.		
" Kategoristen cutoff-pisteiden perusteella 21 % kaikista koulukotiin sijoitetuista nuorista luokiteltiin aleksityymisiksi. Ryhmä on merkitsevästi verrokkien vastaavaa ryhmää (8,2 %) suurempi." " TAS-20-pisteet korreloivat YSR:n kanssa sekä internalisoivien että eksternalisoivien oireiden kohdalla. Vahvimmat korrelaatiot löytyivät aleksityymian ja masennusoireiden väliltä." (11)	Joka viides koulukotiin sijoitettu on aleksityminen, mikä on usein yhteydessä internalisoiviin ja eksternalisoiviin oireisiin, erityisesti masennukseen.		

5 TULOKSET



KUVIO 3. Sisällönanalyysin ylä- ja alaluokat.

5.1 Sijoitettujen lasten ja nuorten mielenterveys

Sijoitettujen lasten ja nuorten mielenterveys näyttäytyi valitussa aineistossa laajasti käsitellen kiintymyssuhdemalleja, sisään- ja ulospäin suuntautuvia oireita, itsetuhoisuutta, sosiaalisia kykyjä, traumahistoriaa ja CBCL- (Children Behavior Checklist) kyselyn tuloksia. Lisäksi eräässä tutkimuksessa käsiteltiin sijoitettujen nuorten rikollisuutta.

Suurimmalla osalla nuorella iällä sijaisperheeseen sijoitetuista lapsista on *turvallinen kiintymyssuhde* sijaisvanhempaan, kunhan sijaiskoti on vakaa ja hyvin toimiva. 2-vuotias sijoitettu lapsi muodostaa turvallisen kiintymyssuhteen yhtä usein kuin valtaväestöön kuuluva lapsi, eikä organisoitumaton kiintymyssuhde ole valtaväestöä yleisempää pienten sijoitettujen lasten keskuudessa. (Jacobsen, Ivarsson, Wentzel-Larsen, Smith & Moe, 2014, 50.)

Turvallinen kiintymyssuhde on todennäköisempi lapsilla, jotka on sijoitettu sijaisperheeseen laitoshoidon sijasta. On myös havaittu, että sijoitetut tytöt muodostavat todennäköisemmin turvallisen kiintymyssuhteen kuin sijoitetut pojat. Turvallisella kiintymyssuhteella on yhteys sisäänpäin suuntautuneiden oireiden vähenemiseen. Näitä oireita ovat vakava masennus, dystymia eli pitkäaikainen masennus, erilliset ahdistusoireet, sosiaalisten tilanteiden pelko, spesifinen fobia, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja posttraumaattinen stressihäiriö. Vastaavanlaista yhteyttä ei ollut ulospäin suuntautuviin oireisiin, joita ovat ADHD eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, uhmakkuushäiriö ja käytöshäiriö (McLaughlin, Zenah, Fox & Nelson, 2012, 50.)

Sisään- ja ulospäin suuntautuva oireilu on hyvin yleistä erityisesti sijoitettujen lasten ja nuorten keskuudessa, reilu kolmannes (36,7%) kärsii sisäänpäin suuntautuvasta oireilusta ja melkein puolet (49,1%) ulospäin suuntautuvasta oireilusta. Sisäänpäin suuntautunut oireilu on yleisempää tytöillä kuin pojilla, yli 13-vuotiailla, heillä, joilla on julkinen vakuutus sekä heillä, jotka ovat vasta muuttaneet sijaiskotiin (Greeson ym. 2011, 100-102).

Myös Mannisen (2013, 49) väitöskirjatutkimuksen mukaan internalisoivat (sisäänpäin suuntautuvat) ja eksternalisoivat (ulospäin suuntautuvat) oireet ovat koulukotiin sijoitettujen nuorten keskuudessa yleisiä, mutta hänen tutkimuksensa mukaan molemmat oireityypit ovat pojilla yleisempiä. Merkittävä määrä internalisoivia oireita ilmeni 40 prosentilla pojista ja tytöistä 17 prosentilla. Eksternalisoivia oireita taas oli pojista 43 prosentilla ja tytöistä 28 prosentilla. Erityisesti väkivaltainen käytös, tarkkaavuuden ongelmat ja käytöshäiriöt ovat tyypillisesti pojilla huomattavasti yleisempiä. Lisäksi internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden sekä aleksitymian välillä löydettiin tutkimuksessa yhteys, ja erityisesti aleksitymian ja masennusoireiden. (Manninen, 2013, 54.)

Aleksitymia tarkoittaa vaikeutta tunnistaa ja tiedostaa tunteita sekä käsitellä ja kuvailla niitä. Aleksityymisen henkilön mielikuviutus voi olla heikkoa, ajattelu konkreettista ja hän on suuntautunut toiminnallisuuteen. (Saarijärvi, Salminen & Äärelä, 2006.) Aleksitymia on yleistä koulukotiin sijoitettujen nuorten keskuudessa verrattuna yleisväestöön (21% vrt. 8,2%). (Manninen, 2013, 54.)

Lapsen sijoittamisella perheeseen laitoksen sijaan, voidaan vähentää sisänpäin suuntautuvia oireita, ainakin tyttöjen keskuudessa. Vastaavaa vaikutusta ei ole havaittavissa ulospäin suuntautuvien oireiden suhteen. (McLaughlin ym. 2012, 49.) Toisaalta taas kahdeksan vuoden seurantalutkimuksessa havaittiin, että sijaisperheeseen ja sukulaisten luokse sijoitettujen nuorten internalisoivat ja eksternalisoivat oireet eivät keskimäärin juurikaan muuttuneet kahdeksan vuoden seurannassa. Osalla oireita mittaavien kyselyiden tulokset paranivat seurannan aikana, kun taas toisille ne huononivat. Tutkimus osoitti myös, että tytöillä oireet pahenivat iän myötä, kun taas pojilla niitä oli nuoremmalla iällä enemmän. (Vis ym. 2016, 562-563.)

Sosiaaliset ongelmat ovat tyypillisiä sijoitetuilla lapsilla. Heidän sosiaalinen käytöksensä on usein epäkypsää, yksipuolista, harkitsematonta ja turvatonta. Nämä kiintymyssuhteisiin liittyvät ongelmat ovat usein yhteydessä myös iällisesti epäsopevaan seksuaaliseen käytökseen. Tämä on myös yhdistettävissä eksternalisoiviin oireisiin, keskittymisen ja ajattelun ongelmiin, sekä uhmakkuuteen ja käytösongelmiin. (Tarren-Sweeney, 2013, 731.) Tunne-elämän ongelmat ja käytöshäiriöt nuoremmalla iällä ennustavat sosiaalisia ongelmia nuoruudessa. Myös sijoitus muun kuin sukulaisten luokse on huomattu lisäävän sosiaalisten ongelmien todennäköisyyttä. (Vis ym. 2016, 562.)

CBCL (Child Behavior Checklist) on yleisesti käytössä oleva mittari lasten tunne-elämän, ajattelun ja käyttäytymisen ongelmien kartoittamiseen. Lasten huoltajat täyttävät sen. CBCL-kysely mittaa kahdeksaa oireskaalaa, joita ovat ahdistuneisuus tai masentuneisuus, vetäytyvyys tai masentuneisuus, somaattinen oireilu, sosiaaliset vaikeudet, ajattelun vaikeudet, tarkkaavuuden ongelmat, sääntöjä rikkova käyttäytyminen sekä aggressiivinen käyttäytyminen. Lisäksi käytössä on kaksi korkeamman asteen skaalaa, internalisoivat ja

eksternalisoivat oireet sekä kokonaispistemäärä. (Manninen 2013, 41 & Tarren-Sweeney 2013, 729.)

Useissa tämänkin kirjallisuuskatsauksen aineiston tutkimuksissa on käytetty CBCL-kyselyä. Tarren-Sweeneyn (2013, 731) tutkimuksessa todettiin, että sijoitetuista tytöistä 53 prosentilla on vähintään yksi CBCL-kyselyn mukainen oireskaala kliinisisä rajoissa, ja pojista 57 prosentilla. Tulos on vielä korkeampi, jos mukaan lasketaan rajalla olleet tulokset. (Tarren-Sweeney 2013, 731.) Vis ym. (2016, 561-562) löysivät tutkimuksessaan tekijöistä, jotka vaikuttavat CBCL-tuloksiin. Heidän mukaansa sijaisvanhemmat, joilla oli vähintään korkeakoulututkinto raportoivat korkeampia CBCL-tuloksia verrattuna sijaisvanhempiin, joilla oli vähemmän koulutusta. Myös sijoitetun lapsen muutto pois paikallisesta yhteisöstä toiseen kuntaan sijoituksen takia, ja näin ollen etäisyyden kasvu biologisten vanhempien ja sijaisperheen kodin välillä, oli yhteydessä korkeampiin CBCL-tuloksiin. Kahdeksan vuoden seuranta tutkimuksessa havaittiin myös, että tutkimuksen alkuvaiheessa sukulaisen luokse sijoitettujen lasten CBCL-tulokset olivat matalammat kuin muun kuin sukulaisen luokse sijoitettujen lasten tulokset. Tämä ero kuitenkin hävisi kahdeksan vuoden seurannan aikana. Kokonaisuudessaan sijoitettujen lasten mielenterveysoireilu ei muuttunut seurannan aikana, joissakin tapauksissa tulokset laskivat, kun taas toisissa ne nousivat. (Vis ym. 2016, 561-563.)

Yleisin *trauma*, jonka sijoitettu lapsi on kohdannut, on laiminlyönti. Noin joka viides lapsi on kohdannut kaksi eri tyyppistä traumaa hoitajansa taholta, 20 prosenttia on kohdannut kolme eri tyyppistä ja 20 prosenttia neljä eri tyyppistä traumaa. Noin joka kymmenes on kokenut kaikki viisi traumatyyppiä, joita ovat fyysinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö, henkinen pahoinpitely, laiminlyönti ja perheväkivalta. Greeson ym. (2011, 97) tutkimuksessa kompleksinen trauma määritellään siten, että se sisältää vähintään kaksi edellä mainituista viidestä traumatyyppistä. Kompleksinen trauma lisää riskiä internalisoiville käytöshäiriöille, posttraumaattiselle stressille ja vähintään yhdelle kliiniselle diagnoosille. (Greeson ym. 2011, 100-102.)

Itsetuhoisuus on yleistä sijoitettujen lasten keskuudessa. Koulukotiin sijoitetuista pojista 39 prosentilla oli taustatiedoissa merkintä itsetuhoisuudesta ja tytöistä 75

prosentilla. (Manninen 2013, 48.) 8-11-vuotiaiden sijoitettujen lasten itsetuhoisia puheita tutkittaessa selvisi, että 24% sijoitettujen lasten huoltajista tunnisti nuoren halun kuolla tai satuttaa itseään. 21% nuorista ilmoitti itse itsetuhoisista haluista. Itsetuhoinen käytös, sekä nuorten että hoitajien raportoimana, oli yleisempää laitoshoidossa olevilla nuorilla verrattuna sijaiskodeissa asuviin nuoriin. (Gabrielli ym.2015, 897-898.)

5.2 Sijoitettujen lasten ja nuorten mielenterveyden hoito

Larsenin ym. (2018, 5) tutkimuksessa tutkittiin sijoitettujen nuorten *mielenterveyspalveluiden käyttöä*. Tutkimuksen mukaan lähes puolella sijoitetuista nuorista on mielenterveysongelmia ja noin kolmella neljästä on yhteys johonkin palveluun, joita olivat kyseisessä tutkimuksessa CAMHS (lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut), perusterveydenhuolto (kouluterveydenhuolto, opiskelupsykologi, yleislääkäri ja nuorten terveysasema), lastensuojelu, erityisopetus ja ”muut palvelut”. Melkein kaikilla (huoltajien raportin mukaan 92,1 prosentilla ja nuorten mukaan 85,3 prosentilla) oli kontakti lastensuojeluun. Seuraavaksi yleisin palvelu oli perusterveydenhuolto, johon reilulla puolella oli kontakti. Sijoitus sukulaisten luokse oli yhteydessä lisääntyneeseen perusterveydenhuollon palveluiden käyttöön. Noin kolmasosalla oli yhteys lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin. Internalisoivien ja eksternalisoivien ongelmien sekä toiminnanvajauksen lisääntymisen ja lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden ja perusterveydenhuollon palveluiden käytön lisääntymisen välillä havaittiin olevan yhteys. Myös SDQ- kyselyn (Strengths and Difficulties Questionnaire) kokonaispistemäärän ylittäessä raja-arvon, kaksinkertaistui todennäköisyys olla yhteydessä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin ja perusterveydenhuoltoon. Positiivinen yhteys löytyi myös nuoren itse raportoimien internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden sekä toiminnanvajauksen ja lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden hyödyntämisen väliltä. (Larsen ym. 2018, 5.)

Kekkosen, Tolmusen, Markkasen, Koskisen & Laukkasen (2019) kirjallisuuskatsauksessa koottiin yhteen erilaisia *sijaishuoltoon kehitettyjä hoitomenetelmiä* ja muita hoitomenetelmiä, joita voidaan soveltaa sijaishuollossa (TAULUKKO 4.).

TAULUKKO 4. Sijaishuoltoon kehitetyt tai sovellettavissa olevat hoitomenetelmät
(Kekkonen ym. 2019).

Nimi	Kuvaus
The Trauma Intervention Program for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)	<ul style="list-style-type: none"> - Traumaperäisten oireiden tunnistaminen ja vakauttaminen. - Strukturoitu 10-11 kerran ryhmähoitomenetelmä.
Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS)	<ul style="list-style-type: none"> - Vaikean trauman kokeneille nuorille. - 16 kerran voimavarakeskeinen ryhmähoitomenetelmä. - Tekniikoita DKT:stä ja TARGET:ista.
Attachment, Regulation and Competency (ARC)	<ul style="list-style-type: none"> - Kompleksisen trauman kokeneille lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen.
Trauma Systems Therapy (TST)	<ul style="list-style-type: none"> - Traumaperäisen stressin hoitoon - Huomioi kodin ja koulun verkostot
Multidimensional Treatment Foster Care -menetelmän (MTFC)	<ul style="list-style-type: none"> - Tavoitteena lapsen tai nuoren sopeuttaminen yhteiskuntaan ja kotiutumisen edistäminen sosiaalisia taitoja vahvistamalla - Pohjautuu sosiaalisen oppimisen teoriaan
Life Space Crisis (LSCI)	<ul style="list-style-type: none"> - Tunnesäätelyvaikeuksista ja sopimattomasta käytöksestä johtuvien konfliktien välttäminen opetustilanteissa - Pohjautuu kognitiiviseen, psykodynaamiseen, käyttäytymistieteelliseen ja kehitysteoriaan.
Do the Good (DtG)	<ul style="list-style-type: none"> - Laitoksissa asuvien vakavista tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmista kärsivien nuorten hoito - Pohjautuu liikuntaan
TARGET	<ul style="list-style-type: none"> - Laitokseen sijoitettujen nuorisrikollisten hoitoon - Työkaluja nuorten psyykkisen oireilun tunnistamiseen ja arviointiin
Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-CBT)	<ul style="list-style-type: none"> - Yhdistelmä kognitiivista, käyttäytymis- ja perheterapiaa
Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)	<ul style="list-style-type: none"> - Nuorten epävakaan persoonallisuushäiriön ja itsetuhoisuuden hoito

Ratkaisukeskeinen lyhytterapia (Solution-Focused Brief Therapy, SFBT)	- Lievä-asteisten käytösongelmien ja aggressiivisuuden vähentäminen
Aggression Replacement Training (ART)	- Epäsosiaalisesti käyttäytyville nuorille vuorovaikutustaitojen ja aggression hallinnan harjoitteluun - Ryhmäharjoitusmenetelmä
(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)	- Tietoisuustaitoihin ja hyväksyvään läsnäoloon pohjautuva - 8-viikkoinen stressin hoito-ohjelma ryhmässä

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) on *mielenterveyskysely*, jolla mitataan oireita ja häiriöitä, joita esiintyy lapsen päivittäisessä elämässä. Kyselyn täyttää lapsen huoltaja tai muu hänen päivittäisen elämänsä osallistuva aikuinen, kuten opettaja. Norjalaisessa tutkimuksessa tutkittiin SDQ:n seulonta ominaisuuksia kouluikäisillä sijoitetuilla lapsilla. Tutkimuksen mukaan SDQ:n seulonta ominaisuudet kokonaisvaikeudet- ja vaikutukset-pistemäärissä olivat hyvät ja katkaisupisteen ylittävät tulokset ennustivat herkästi mielenterveyshäiriöitä, mutta tarkkuus oli kohtuullinen. Tutkimus tukee siis SDQ:n kokonaisvaikeudet- ja vaikutukset-asteikkoja sijoitettujen lasten mielenterveysongelmien seulonnassa. (Lehmann, Heiervang, Havik, T. & Havik, O., 2014.)

Brief Assessment Checklist for Children (BAC-C) ja Brief Assessment Checklist for Adolescents (BAC-A) ovat *mielenterveyskyselyitä*, jotka on suunniteltu kiintymyssuhteisiin ja traumaan liittyvien vaikeuksien seulontaan ja seurantaan lastensuojelun asiakkaille. Hollantilaisessa tutkimuksessa tutkittiin BAC-C:n ja BAC-A:n psykometrisiä ominaisuuksia (seulontatarkkuus, luotettavuus ja samanaikainen validiteetti) hollantilaisilla sijoitetuilla lapsilla. Tutkimuksen mukaan BAC-C:n ja BAC-A:n seulonta- ja seurantatoiminnot näyttäytyivät hyvinä, ja seulontatarkkuus, luotettavuus ja samanaikainen validiteetti ovat vertailukelpoisia SDQ-kyselyyn, mutta lisätutkimusta tarvitaan muun muassa katkaisupisteiden arviointiin. (Goemans, Tarren-Sweeney, van Geel & Vedder, 2018.)

Koposen, Laukkasen, Tolmusen ja Ovaskaisen (2010, 4073) tutkimuksessa tutkittiin sijaishuoltopaikoista *psykiatriseen sairaalahoitoon* tulleita nuoria, heidän läheteitään, psykiatrista tilaa ja hoidon kestoa, verraten niitä muualta tulleisiin nuoriin. Tutkimuksen mukaan 238:sta hoitajaksesta 41 oli sijoitettujen nuorten hoitajaksoja. Sijaishuoltopaikoista 73,2% tuli tarkkailulähetteellä, kun taas muualta tulleista nuorista vain 36,7%. Sijoitettujen nuorten hoitoaika sairaalassa oli merkittävästi lyhyempi kuin muualta tulleiden hoitajakset. BDI-tulokset (Beckin depressiokysely) olivat sijoitetuilla nuorilla matalammat (15p.) kuin muilla nuorilla (20p.). Myöskään Beckin toivottomuuskyselyn (BHS) tulokset eivät osoittaneet, että sijaisnuoret olisivat toivottomampia kuin muualta tulleet nuoret. Muille nuorille asetettiin useammin vakava psykiatrinen diagnoosi kuin sijaisnuorille. Sijoitetuilla nuorilla yleisin (41,5%) diagnoosi oli F90-99 (Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt, määrittämätön mielenterveyden häiriö), kun taas muilla nuorilla yleisin (49,7%) diagnoosi oli F30-39 (Mielialahäiriöt). Myöskin syömishäiriöt olivat muilta tulleilla nuorilla huomattavasti yleisempiä kuin sijoitetuilla nuorilla (13,2% vs. 0%). (Koponen ym. 2010, 4073, 4075-4076.)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen sijoitettujen lasten mielenterveys on ja millaisia menetelmiä heillä esiintyvien mielenterveyshäiriöiden hoitoon on. Lapsi käsitteenä tässä opinnäytetyössä tarkoitti kaikkia alla 18-vuotiaita eli lapsia vastasyntyneestä myöhäiseen teini-ikään. Aineistossa käsiteltiin monen ikäisiä sijoitettuja lapsia, mikä mahdollisti laajan kuvan sijoitetuista lapsista.

Sijoitettujen lasten mielenterveys näyttäytyi tulosten perusteella haastavana ja sijoitetut lapset näyttävät kärsivän useista erilaisista mielenterveyshäiriöistä. Turvallisen kiintymyssuhteen tiedetään olevan mielenterveyttä suojaava tekijä, kun taas turvattomat, erityisesti organisoitumattomat kiintymyssuhteet ovat riskitekijä (Puura & Tamminen, 2016, 951-952; Sinkkonen, 2004).

Tulosten perusteella kuitenkin näyttäisi siltä, että jos lapsi sijoitetaan varhaisina elinvuosina nimenomaan vakaaseen ja toimivaan sijaisperheeseen, on hänen mahdollista luoda vielä turvallinen kiintymyssuhde sijaisvanhempaan. Turvallisen kiintymyssuhteen nähdään vähentävän erityisesti sisäänpäin suuntautuvaa oireilua, kuten masennusta ja ahdistusta. Ulospäin suuntautuvaan oireiluun, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöihin, sillä ei nähty olevan vaikutusta.

Sisään- ja ulospäin suuntautuvat oireet ovat suhteessa muuhun väestöön hyvin yleisiä sijoitetuilla lapsilla. Eri aineistojen perusteella sisäänpäin suuntautuvia oireita ilmeni noin reilulla kolmanneksella ja lähes puolella sijoitetuista lapsista ilmeni ulospäin suuntautuvia oireita. Tyttöjen ja poikien välillä oli eroa ja yleisesti ottaen ulospäin suuntautuvat oireet ovat tyypillisempi pojilla. Tämä näyttäisi olevan siis linjassa sen kanssa, että pojilla esiintyi muussakin väestössä enemmän uhmakkuus- ja käytöshäiriöitä sekä ADHD:ta (ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö): Käypä hoito -suositus, 2019; Aronen, 2018).

Joidenkin tutkimusten mukaan sisäänpäin suuntautuvat oireet ovat tytöillä yleisempiä, mutta laitokseen sijoitettujen nuorten kohdalla molemmat oireityypit

olivat pojilla yleisempiä. Tyttöjen kohdalla oli myös havaittavissa, että sisäänpäin suuntautuvia oireita voitiin vähentää sijoittamalla lapsi sijaisperheeseen laitoksen sijasta. Tyttöillä oireet myös näyttävät pahenevan vanhempana, kun taas pojilla ne helpottivat iän myötä. Tämä on myös havaittavissa muussakin väestössä; ennen murrosikää esimerkiksi masennus on molemmilla sukupuolilla yhtä yleistä, mutta murrosiässä ja sen jälkeen tytöillä se on kaksi kertaa niin yleistä kuin pojilla (Tamminen, 2010).

Sosiaaliset ongelmat ovat tyypillisiä sijoitetuilla lapsilla, joilla esiintyy ulospäin suuntautuvia oireita. Heidän sosiaalista käytöstään kuvastaa epäkypsyys, yksipuolisuus, harkitseamattomuus ja turvattomuus. Usein nuorempina esiintyneet tunne-elämän ongelmat ja käytöshäiriöt ennustavat sosiaalisia ongelmia myöhemmässä iässä. Lapsen ja vanhemman välinen suhde on lapsen ensimmäinen vuorovaikutussuhde, jossa lapsi opettelee vanhemman avulla sosiaalisissa tilanteissakin tarvittavia taitoja, kuten tunteiden ja käytöksen säätelyä, kommunikointia, toisen asemaan asettumista ja rajojen asettamista ja noudattamista (Puura & Tamminen, 2016, 951-954; HUS 2013, 1-5). On siis ymmärrettävää, että jos tässä ensimmäisessä hyvin tärkeässä ihmissuhteessa on merkittäviä puutteita, kuten sijoitettujen lasten kohdalla usein on, lapsen sosiaaliset taidot eivät kehity riittäviksi.

Useissa aineistoon kuuluvissa tutkimuksissa oli käytetty CBCL-kyselyä, joka mittaa laajasti lasten tunne-elämän, ajattelun ja käyttäytymisen ongelmia. Tulosten mukaan sijoitetuista lapsista reilu puolet kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä ja tyypillisimpiä olivat nimenomaan ulospäin ja sisäänpäin suuntautuvat oireet.

Sijoitetut lapset ovat joutuneet usein kärsimään elämänsä aikana traumaista, joista yleisin on laiminlyönti. Noin joka kymmenes sijoitetuista lapsista on kokenut kaikki viisi traumatyyppiä, joita ovat fyysinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö, henkinen pahoinpitely, laiminlyönti ja perheväkivalta. Traumojen kokeminen lapsuudessa lisää riskiä sisäänpäin suuntautuville käytöshäiriöille, posttraumaattiselle stressille ja usein trauman kokenut saa vähintään yhden psykiatrisen diagnoosin elämänsä aikana. Tällaiset traumaattiset kokemukset ovat kenelle tahansa vahingollisia, mutta erityisesti hauraille ja vielä kehittyville

lapsille. Liialliset vahingolliset kokemukset ovat lapselle ylitsepääsemättömiä kokemuksia ja aiheuttavat traumaperäisen stressireaktion (Puura & Tamminen, 2016, 954-955).

Itsetuhoisuus on sijoitettujen lasten keskuudessa yleistä. Koulukodissa asuvien nuorten keskuudessa se näyttäytyä yleisempänä kuin nuorempien lasten kohdalla. Lisäksi sillä, oliko lapsi sijoitettu laitokseen vai perheeseen, oli merkitystä. Laitokseen sijoitetuilla itsetuhoisuus oli yleisempää. Itsetuhoisuus on useimmiten mielenterveyden häiriön oire eikä siihen ole aina olemassa yhtä selittävää tekijää. Masennus, suru tai pettymys saatetaan kokea niin sietämättömiksi, että ihminen haluaa vain saada ne loppumaan. Yleensä itsetuhoisten ajatusten tai tekojen taustalla ei kuitenkaan ole tavoitteena kuolla, vaan päästä sietämättömästä tunteesta eroon. (Nuortenmielenterveystalo.fi n.d.) Sijoitetut lapset saattavat kärsiä tällaisista ajatuksista ja tunteista traumataustansa ja mielenterveyshäiriöidensä takia. Lisäksi itse huostaanotto ja sijoitus ovat isoja elämänmuutoksia lapselle, jotka saattavat järkyttää syvästi.

Sijoitettujen lasten mielenterveyspalveluiden käyttö näytti vastaavan hyvin heidän tarpeitaan ainakin määrällisesti. Kyseinen tutkimus on kuitenkin tehty Iso-Britanniassa, jossa terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut rakentuvat hieman eri tavalla. Suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä sijoitetuista lapsista oli yhteydessä johonkin palveluun. Lähes kaikilla oli kontakti lastensuojeluun. Seuraavaksi yleisimmin käytetty palvelu oli perusterveydenhuolto, joka pitää sisällään kouluterveydenhuollon, opiskelopsykologin, yleislääkärin ja nuorten terveysaseman kyseisessä tutkimuksessa. Kuitenkin vain kolmasosalla oli yhteys lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin, vaikka reilulla puolella todettiin olevan mielenterveyden häiriö. Sisäänpäin ja ulospäin suuntautuvilla oireilla sekä toiminnanvajauksella oli kuitenkin yhteys lisääntyneeseen lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden käyttöön.

Sijaishuoltoon kehitettyjä ja sovellettavissa olevia hoitomenetelmiä on useita. Suurin osa niistä on lapsille tai nuorille suunnattuja yksilö- tai ryhmähoitomenetelmiä, mutta juurikaan perheterapeuttisia menetelmiä ei ollut tuotu esille kyseisessä tutkimuksessa. Hoitomenetelmissä oli käytetty erilaisia terapeuttisia menetelmiä, kuten dialektista käyttäytymisterapiaa, kognitiivista

terapiaa ja käyttäytymisterapiaa. Huikon ym. (2017, 18-20) mukaan kuitenkin lasten yksilöterapioiden on todettu olevan vaikuttavia lähinnä ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen hoidossa, kun taas monissa muissa häiriöryhmissä vanhempainohjauksen menetelmät ovat tuloksellisempia. Tilanne saattaa kuitenkin olla eri jo sijoitettujen lasten kohdalla, vaikkakin usein lasten ja biologisten vanhempien välistä suhdetta yritetään pitää yllä ja kehittää. Lisäksi oleellista on, että perheeseen sijoitetun lapsen ja sijaisvanhempien välinen suhde kehittyy tuvallisesti ja toimivaksi, jolloin nimenomaan perheterapeuttiset menetelmät olisivat omiaan.

Jotta mielenterveyden häiriöitä voidaan hoitaa, tulee ne ensin pystyä kartoittamaan ja diagnosoimaan. Tähän tarkoitukseen on luotu eri sairauksia, häiriöitä ja oireita kartoittavia kyselyitä ja mittareita. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) ja BAC (Brief Assessment Checklist) ovat mielenterveyskyselyitä, joilla mitataan, seulotaan ja seurataan lapsilla esiintyviä vaikeuksia, oireita ja häiriöitä. SDQ-kyselyä voidaan tutkimuksen mukaan käyttää soveltuvien osin sijoitettujen lasten mielenterveysongelmien seulonnassa. BAC-C on tarkoitettu erityisesti lastensuojelun asiakkaina olevien lasten kiintymyssuhteisiin ja traumaan liittyvien vaikeuksien seulontaan ja seurantaan ja BAC-A taas nuorten. Tutkimusten mukaan BAC näytti lupaavalta, mutta jatkotutkimusta vielä tarvitaan.

Sijoitettujen nuorten psykiatrasta sairaalahoitoa tutkittiin eräässä tutkimuksessa. Sen perusteella näytti siltä, että sijaishuoltopaikkojen nuoret tulevat huomattavasti useammin tarkkailulähetteellä kuin muualta tulleet. Sijoitettujen nuorten psykiatrinen tila näytti kuitenkin paremmalta verrattuna muihin nuoriin ja heidän hoitajaksonsa olivat usein lyhyempiä.

6.2 Johtopäätökset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella on selvää, että sijoitetuilla lapsilla on enemmän mielenterveyden häiriöitä ja heidän riskinsä kärsiä niistä on suurempi. Yleisimpiä ongelmia ovat eksternalisoivat ja internalisoivat oireet ja häiriöt, eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, käytös- ja uhmakkuushäiriöt sekä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Myös sosiaaliset ongelmat ovat yksi haaste sijoitetuilla lapsilla, mikä liittyy usein eksternalisoiviin ongelmiin.

Sijoitetut lapset ovat usein joutuneet kokemaan traumoja biologisten vanhempiensa taholta. Kompleksinen trauma eri traumatyyppineen on hyvinkin yleinen sijoitetuilla lapsilla, mikä itsessään on riskitekijä eri mielenterveyden häiriöille. Itsetuhoisuus sijoitettujen lasten keskuudessa on yleistä, mikä voidaan ajatella olevan seurausta vakavista mielenterveyden häiriöistä. Laitoshoitoon sijoitetuilla nuorilla itsetuhoisuus oli yleisempää kuin sijaisperheisiin sijoitetuilla alakouluikäisillä lapsilla.

Sijoituspaikalla voi olla merkitystä sijoitetun lapsen mielenterveyshäiriöihin. Jonkin verran on näyttöä siitä, että sijoitus sukulaisen luokse olisi parempi vaihtoehto kuin ei-sukulaisen luokse. Merkittävämpää näyttäisi kuitenkin olevan sijoitus perheeseen laitoksen sijasta. Sijaisperheessä lapsella on mahdollisuus luoda terve kiintymyssuhde vanhempaan. Näyttäisi siltä, että mitä nuorempana lapsi on sijoitettu perheeseen, sitä varmemmin hän luo turvallisen kiintymyssuhteen sijaisvanhempaan. Tyttöjen kohdalla turvallinen kiintymyssuhde vähensi heidän internalisoivia oireitaan. Sijoitus sijaisperheeseen tai sukulaisen luokse ei välttämättä kuitenkaan kaikkien kohdalla helpota heidän mielenterveydellisiä haasteitaan, joidenkin kohdalla oireet helpottavat ajan myötä, kun taas toisilla ne pahenevat.

Sijoitetut lapset ja perheet hakeutuvat palveluihin mielenterveysongelmien kanssa, mutta hoidon laadusta ei ole tietoa. Kyseinen tutkimus on myös tehty Iso-Britanniassa, joten suoria johtopäätöksiä Suomen tilanteeseen ei voida vetää. Suomessa näyttäisi kuitenkin siltä, että laitoksiin sijoitetut nuoret saavat kyllä psykiatrasta erikoissairaanhoidtoa, mutta hoitoon joudutaan usein tarkkailulähetteellä, vaikka heidän psykiatrinen tilansa näyttää paremmalta kuin muualta sairaalahoitoon tulleiden nuorten tila.

Yli puolet sijoitetuista kärsii mielenterveyden häiriöistä, mutta vain kolmasosa hakeutuu lapsille ja nuorille tarkoitettuihin mielenterveyspalveluihin. Lastensuojelu on merkittävin palveluntarjoaja, koska kyse on sijaishuollon asiakkaista. Toiseksi eniten käytetään perusterveydenhuollon palveluita. Aineiston perusteella jää epäselväksi, saavatko sijoitetut lapset heidän

tarvitsemaansa psykiatrista osaamista lastensuojelun tai perusterveydenhuollon kautta.

Sijoitetuille lapsille ja nuorille on kehitetty erilaisia terapeuttisia menetelmiä hyödyntäviä hoitomenetelmiä erilaisiin tarpeisiin. Se, minkä verran niitä käytetään Suomessa, jää aineiston perusteella vielä auki. Osa sijoitettujen lasten mielenterveyden hoitoa on oireita seuloivat ja seurantaan tarkoitetut mittarit ja kyselyt. SDQ-kyselyn kokonaisvaikeudet ja -vaikutukset-asteikot ovat käyttökelpoisia sijoitettujen lasten mielenterveysongelmien seulonnassa, kun taas BAC vaatii vielä lisätutkimusta ennen sen käyttöönottoa.

6.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tieteellinen tutkimus, kuten tämän opinnäytetyön tuloksena syntyvä kirjallisuuskatsaus, tulee olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, ja sen tulee olla suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Näitä käytäntöjä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus, avoimuus ja vastuullisuus niin tulosten tallentamisessa, esittämisessä kuin tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimus tulee toteuttaa suunnitelmallisesti ja sen eteneminen raportoida yksityiskohtaisesti. Mahdolliset rahoituslähteet ja sidonnaisuudet tulee ilmoittaa. (TENK, 2012, 6.)

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyneen kirjallisuuskatsauksen aineiston koko hakuprosessi on avattu yksityiskohtaisesti erilaisia taulukoita apuna käyttäen, jotta sen tulkinta olisi helpompaa. Hakuprosessi on toistettavissa ja valittujen alkuperäistutkimusten tulokset jäljitettävissä. Hakusanat ja hakulausekkeet on avattu ja käytetyt tietokannat esitetty. Luotettavuutta lisää se, että hakuprosessissa käytettiin vain luotettavia tietokantoja ja mukaan aineistoon valittiin vain vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita. Liitteenä on kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja niiden lyhyt kuvaus.

Aineistoon pyrittiin valitsemaan ainoastaan alkuperäistutkimuksia, mutta joukkoon valittiin myös yksi kirjallisuuskatsaus. Aineiston sisällönanalyysistä on esimerkkikuvio, josta näkyy, kuinka sisällönanalyysi on edennyt pelkistyksistä yläluokkiin. Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa on tarkat lähdeviitteet

alkuperäistutkimuksiin ja tuloksissa on käytetty vain alkuperäistutkimuksen tuloksia.

Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista, eli jonkun toisen kirjoittaman tai esiin tuoman tekstin tai kuvan esittämistä omaa (TENK, 2012, 9.) Tässä opinnäytetyössä on lähteet ja lähdeviitteet on ilmoitettu tarkasti ja järjestelmällisesti, niin, että tekstistä on erotettavissa, mikä on opinnäytetyön tekijän omaa ajattelua ja tuotosta, ja mikä muiden lainaamista. Plagioinnin välttämisen varmistamiseksi opinnäytetyö käy läpi plagioinninesto-ohjelman (Tuni, 2020).

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksena selvisi yleisellä tasolla, millainen on sijoitettujen lasten mielenterveys, millaisia mielenterveysongelmia heillä esiintyy ja kuinka niitä hoidetaan. Jatkossa tutkimusta voisi tehdä sijoitettujen lasten ja nuorten psykiatrisesta hoidosta vielä tarkemmin erityisesti Suomessa. Aiheesta on paljon tutkimustietoa maailmalta, erityisesti Yhdysvalloista, mutta heidän lastensuojelujärjestelmänsä on erilainen kuin meillä Suomessa.

Mediaan on myös noussut tietoa lastensuojelulaitosten puutteista ja siellä asuvien lasten ja nuorten kokemuksista. Myös tämä olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe. Useissa lastensuojelulaitoksissa kuitenkin työskentelee myös sairaanhoitajia, mutta meidän koulutuksessamme ei juuri sijaishuollosta ja lastensuojelun asiakkaista puhuta, joten opetusmateriaali aiheesta voisi olla tarpeellinen.

LÄHTEET

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö): Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 19.5.2020.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50061#s7>

Aronen, E. 2018. Käytöshäiriöoireilun ja käytöshäiriöiden riskitekijöitä. Duodecim, Käypä hoito. Luettu 19.5.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix02617>

Ebeling, H. 2002. Nuoruusiän psyykkisten häiriöiden juuret ja kulku. Suomen lääkärilehti. 57 (47), 4819-4822.

Elomaa L. & Mikkola H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun Ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. 5. uudistettu painos. Luettu 9.10.2019.
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>

Friis, L., Seppänen, R. & Mannonen, M. 2006. 1.-2. painos. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Gabrielli, J., Hambrick, E., Tunno, A., Jackson, Y. & Kanine, R. 2015. Longitudinal Assessment of Self-Harm Statements of Youth in Foster Care: Rates, Reporters, and Related Factors. Child psychiatry and human development 46 (6), 893-902.

Goemans, A., Tarren-Sweeney, M., van Geel, M. & Vedder, P. 2018. Psychosocial screening and monitoring for children in foster care: Psychometric properties of the Brief Assessment Checklist in a Dutch population study. Clinical Child Psychology and Psychiatry 23 (1), 9-24.

Greeson, J., Briggs, E., Kisiel, C., Layne, C., Ake III, G., Ko, S., Gerrity, E., Steinberg, A., Howard, M., Pynoos, R. & Fairbank, J. 2011. Complex Trauma and Mental Health in Children and Adolescents Placed in Foster Care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. Child Welfare 90 (6), 91-108.

Haapasalo-Pesu, K-M. 2016. Lasten ja nuorten psyykenlääkehoito vaatii erityisosaamista. Sic!, lääketietoa Fimeasta 2/2016. Luettu 19.5.2020.
https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psyyke-ja-laake/lasten-ja-nuorten-psykenlaakehoito-vaatii-erityisosaamista

Hannukkala, M., Heiskanen, T., Kaleva, S., Karila-Hietala, R., Kuitunen, S-L., Lumijärvi, T., Mäenpää, E., Stengård, E., Tuomaala, E., Turhala, S. & Wahlbeck, K. (toim.) 2018. 4. painos. Mielenterveys elämäntaitona, mielenterveyden ensiapu 1. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Heino, T., Forsell, M., Eriksson, P., Känkänen, P., Santalahti, P. & Tapiola, M. 2018. Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat

– yhteinen vastuu. Päätösten tueksi 50. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Huikko, E., Kovanen, L., Tornainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. 2017. Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelu- järjestelmästä Suomessa. Raportti 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

HUS, 2013. Ohjeita lasten ja nuorten sosiaalisten vuorovaikutustaitojen tukemiseksi. Luettu 20.5.2020.

https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/Documents/Ohjeita_lasten_ja_nuorten_sosiaalisten_vuorovaikutustaitojen_tukemiseksi.pdf

Huttunen, M. 2018. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 19.5.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383

Jacobsen, H., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., Smith, L. & Moe, V. 2014. Attachment security in young foster children: continuity from 2 to 3 years of age. *Attachment & human development* 16 (1), 42-57.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5-painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kekkonen, V., Tolmunen, T., Markkanen, M., Koskinen, T. & Laukkanen, E. 2019. Nuorten psyykkiset ongelmat ja psykososiaaliset hoitomenetelmät sijaishuollossa – Järjestelmällinen katsaus. *Suomen lääkirilehti* 74 (10), 599-603.

Koponen, N., Laukkanen, E., Tolmunen, T. & Ovaskainen, S. 2010. Joutuvatko sijaishuoltopaikkojen nuoret liian herkästi nuorispsykiatriselle osastolle? *Suomen lääkirilehti* 65 (49), 4073-4078.

Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., Lehmann, S. & Bjørknes, R. 2018. Services according to mental health needs for youth in foster care? - A multi-informant study. *BMC Health Services Research* 18 (1).

Lastenmielenterveystalo.fi. n.d. Ahdistuneisuushäiriöt. Luettu 19.5.2020.

https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/mieliala_ja_ahdistuneisuushairiot/Pages/ahdistuneisuushairiot.aspx

Lehmann, s., Heiervang, E. & Havik, T. 2014. Screening foster children for mental disorders: properties of the strengths and difficulties questionnaire. *PloS one* 9 (7).

Manninen, M. 2013. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrisen oirekuva ja ennuste. Käyttäytymistieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Marttunen, M. & Karlsson, L. 2013. Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt, opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

McLaughlin, K., Zenah, C., Fox, N. & Nelson, C. 2012. Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 53 (1), 46-55.

Nuortenmielenterveystalo.fi. n.d. Itsetuhoisuus. Luettu 20.5.2020.

https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx

Perhehoitoliitto. n.d. Miten sijaisvanhemmaksi tullaan? Luettu 14.5.2020.

https://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi/sijaisvanhemmuus/miten_sijaisvanhemmaksi_tullaan

Puura, K. & Taaminen, T. 2016. Pikkulapsipsykiatria – ei tarua vaan todellisuutta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 132 (10), 951-959.

Saarijärvi, S., Salminen, J. & Äärelä, E. 2006. Tunnistamattomat tunteet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122 (11), 1279-1280.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Luettu 15.10.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria; tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 120 (15), 1866-1873.

Tamminen, T. 2010. Lapsen masennus. *Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim* 126 (6), 627-633.

Tarren-Sweeney, M. 2013. An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry & Human Development*. 44 (6), 727-741.

TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja liukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012: 1-44. Helsinki 2013. Luettu 22.5.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Sijaishuolto. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Sijaishuollon muodot. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020c. Perhehoito. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/perhehoito>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020d. Lastensuojelulaitokset. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/lastensuojelulaitokset>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020e. Ammatilliset perhekodit. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/amatilliset-perhekodit>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020f. Muu lapsen tarpeen mukainen hoito. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/muu-lapsen-tarpeen-mukainen-sijaishuolto>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020g. Huostaanotto. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/huostaanotto>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020h. Kiireellinen sijoitus. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/kiireellinen-sijoitus>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020i. Päätöksentekoprosessi. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/huostaanotto/huostaanoton-valmistelu/paatöksentekoprosessi#tahdonvastainen%20huostaanotto>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020j. Lastensuojelun tilastoa. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/toimijat-tyon-tuki-hallinto/lastensuojelu-ja-thl/lastensuojelun-tilastoa>

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020k. Lasten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Luettu 14.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/lasten-mielenterveys-ja-mielenterveyden-hairiot>

Tuni, Tampereen korkeakouluyhteisö, 2020. Opinnäytetyö (ohje opiskelijalle, TAMK). Julkaistu 25.2.2019. Päivitetty 30.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 22.5.2020. <https://intra.tuni.fi/handbook?page=3104>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vis, S. A., Handegård, B. H., Holtan, A., Fossum, S. & Thørnblad, R. 2016. Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample. *Child & Family Social Work* 21 (4), 557-567.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto

Tekijät, tutkimuksen otsikko, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>1. Tarren-Sweeney</p> <p>An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care</p> <p>2013</p> <p>Uusi-Seelanti</p>	<p>Selvittää sijoitettujen lasten ja sukulaisten luokse sijoitettujen lasten mielenterveysoireilun luonnetta, mallia/kaavaa ja moninaisuutta.</p>	<p>Epidemiologinen tutkimus sijoitettujen lasten ja sukulaisille sijoitettujen lasten huoltajille (n= 347, 4-11-vuotiasta lasta). Huoltajat suorittivat Child Behavior Checklist (CBCL) ja Assessment Checklist for Children (ACC) -kyselyt.</p>	<p>Ahdistus, masennus, turvattomuus kuluu usein käsikädessä. Tarkkaavaisuuden vajaavaisuus ja ylivilkka erottuu harvoin muiden vaikeuksista. Yksipuolinen, harkitsematon käyttäytyminen ulospäin suuntautuneita oireita, uhmakkuus, sosiaaliset, keskittymiskyvyn ja ajattelun ongelmiin liittyvät usein toisiinsa. Keskittymiskyvyn ongelmat ovat vahvoja yhteydessä ulospäin suuntautuvaan oireiluun sosiaalisissa ongelmissa ajatteluongelmiin sijoitetuilla lapsilla. Vaikeudet sosiaalisissa suhteissa huostaanotettujen lasten tunnusmerkki. Reilulla puolella sijoitetuista tytöistä pojista on vähintään CBCL-asteikon kliinisissä rajoissa.</p>

<p>2. Larsen, Baste, Bjorknes, Myrvold, Lehmann & Bjorknes</p> <p>Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study</p> <p>2018</p> <p>Norja</p>	<p>Tutkia saavatko sijaishuollossa olevat nuoret mielenterveyspalveluita heidän tarpeidensa mukaan.</p>	<p>Moni-informatiivinen tutkimus; verkkokysely norjalaisille sijoitetuille nuorille ja heidän vanhemmilleen (n=405, iältään 11-17) nuorten käytettyjen mielenterveyspalveluiden tyypistä ja käyttöiheydestä, mielenterveys arvioitiin SDQ-kyselyn avulla.</p>	<p>48,8% sijoitetuista nuorista mielenterveysongelmia. 74,5% huoltajista ja 68,8% nuorista raportoi kontaktista palveluista. Eniten (huoltajat 92,3%, nuoret 85,3%) käyttivät CPS:n (child protection services= lastensuojelupalveluita, joita 20% käytti vähintään kuukausi. Yleisesti ottaen huoltajat raportoivat enemmän palveluiden käytöstä. 42,7% huoltajien muuttanut erityisopetusta, mutta vain 21,9% nuorista samaa mieltä. Mielenterveysongelmien kasvu ja sijaishoitokasvun sukulaisen luona yhteisyydessä mielenterveyspalveluiden suurempaan käyttöön. 57%:lla nuorista, huoltaja arvioi olevansa mielenterveysongelmien kanssa ei ollut yhteyttä lasten nuorten mielenterveyspalveluiden kanssa. Mitä enemmän mielenterveysongelmia SDQ:n mukaan oli, sitä enemmän palveluita käytettiin. Kuitenkin enemmän kuin puolet niistä, joilla ilmeni mielenterveysongelmia SDQ:n mukaan ei ole saanut palveluita lasten nuorten mielenterveyspalveluiden kuluneen kahden vuorokauden aikana.</p>
--	---	---	---

<p>3. Vis, Handegård, Holtan, Fossum & Thornblad</p> <p>Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample</p> <p>2016</p> <p>Norja</p>	<p>Tutkia sosiaalisia ongelmien vallitsevuutta, sekä muutoksia käytöksessä ja tunne-elämässä 8 vuoden seurannassa tytöillä ja pojilla, jotka ovat sijoitettuna ei-sukulaisen tai sukulaisen luokse. Tutkia onko sukupuoli ennustava tekijä käytösongelmien muutoksissa sijoitetuilla lapsilla tai sukulaishoidossa olevilla lapsilla.</p>	<p>8 vuoden seurantatutkimus, 233 sijoitettua lasta, joista 48% (n= 111) oli mukana seurantavaiheessa. Mielenterveysoireilu mitattiin Child Behavior Checklist- (CBCL) kyselyllä ja Adult Self-Report (ASR).</p>	<p>CBCL-arvot pysyivät kaiken kaikkiaan samanlaisina seurannassa, laskivat paljon kuin nousivat. Pojilla oli enemmän internalisoivia ongelmia kuin eksternalisoivia ongelmia nuorella iällä, kun tytöillä niitä keuhattiin myöhemmin. Sijaisvanhempien korkeampi koulutus oli yhteydessä kaikkien ongelmien kasvuun lähtökohdassa seurantavaiheeseen. Lähtökodassa sijoitetuilla nuorilla enemmän ongelmia kuin sukulaisten luokse sijoitetuilla, mutta ero hävisi 8 vuoden seurannan aikana. Sosiaalisia ongelmia seurantavaiheessa ennusti tunne-elämän muutokset lähtökohdassa. Sosiaaliset ongelmat olivat todennäköisempiä jos sijoitettu nuori ei ollut sijoitettu ei-sukulaisen luokse. CBCL-tuloksia sijaiskodin sijainti toisissa kunnassa kuin biologisten vanhempien kotipaikassa tutkimuksen lähtökohdassa seurantavaiheessa.</p>
--	---	--	---

<p>6. Jacobsen, Ivarsson, Wentzel-Larsen, Smith & Moe</p> <p>Attachment security in young foster children: continuity from 2 to 3 years of age</p> <p>2013</p> <p>Norja</p>	<p>Tutkia nuorten sijoitettujen lasten kiintymyssuhdemalleja heidän sijaisvanhempiansa 2-vuoden iässä ja verrata vertailuryhmään ja lapsiin tyypillisissä otannoissa, sekä tutkia sijoitettujen lasten kiintymyssuhdemallia uudestaan 3-vuoden iässä ja verrata vertailuryhmään.</p>	<p>Laadullinen vertaileva pitkittäistutkimus (n=102 lapsi-huoltajaparia), joista 60 sijoitettua lasta ja 42 vertailtavaa lasta ja heidän huoltajansa.</p> <p>Lapsi-huoltajapareille suoritettiin Vierastilanne-menettely tutkimuksen lähtökohdassa (lapset 2v.) ja seurantavaiheessa (3v.), alussa sijoitetuista lapsista täytettiin kysely aikaisempien sijoitusten kestosta ja määrästä ja lapsen iästä silloin.</p>	<p>Suurimmalla sijoitetuista lapsista turvallinen kiintymyssuhdemalli vuotiaana, eikä ryh välillä ollut eroja kiintymyssuhdemalli verrattuna tyyp lapsiin. Val turvallisesti 2-vuot kiintyneistä sijoitet lapsista oli 3-vuot edelleen turvalli kiintynyt. Kun taas vuotiaana organisoitumattoma kiintyneistä sijoitet lapsista merkittä vähemmän oli vuotiaana organisoitumattoma kiintynyt.</p>
<p>7. McLaughlin, Zenah, Fox & Nelson</p> <p>Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children</p> <p>2011</p> <p>Yhdysvallat/ Romania</p>	<p>Tutkia onko sijaisperhehoidolla vaikutusta aiemmin laitoshoidossa olleiden lasten tunteiden sisäistämishäiriöön turvallisen kiintymyssuhteen kautta, ja tutkia, mikä rooli kiintymyssuhteen puutteella on tunteiden sisäistämishäiriöihin laitoshoidossa olleilla.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RCT), 136 6-30-kuukauden ikäistä laitokseen sijoitettua lasta, jotka jaettiin puoliksi (n=68) sijaishoitoon ja (n=68) jäi hoitoon laitokseen.</p> <p>42 kuukauden iässä kiintymyssuhdemalli arvioitiin käyttämällä Vierastilanne -menettelyä, 54 kuukauden iässä arvioitiin tunteiden sisäistämishäiriöitä käyttämällä Preschool Age Psychiatric Assessment. (PAPA)</p>	<p>Perhehoidossa o työillä oli vähemmän internalisoivia oireita, mutta pojilla ei vaikutusta havaittu kuukauden perhehoidossa o työillä todennäköisemmin turvallinen kiintymyssuhde verrattuna laitoshoidolleisiin tyttöihin. Vastaavaa eroa ei pojissa. Tyttö keskuudessa kiintymyssuhteen kehittyminen perhehoidossa va merkittävästi internalisoiviin oireis</p>

<p>8. Gabrielli, Hambrick, Tunno, Jackson, Spangler & Kanine</p> <p>Longitudinal Assessment of Self-Harm Statements of Youth in Foster Care: Rates, Reporters, and Related Factors</p> <p>2015</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>1) Tutkia hoitajien ja nuorten raportteja nuorten käytöksestä (esim. itsetuhoisesta puheesta/ajatuksista) ja arvioida eroja asuinpaikan (asumispalvelut/sijaiskoti), iän ja sukupuolten välillä.</p> <p>2) Verrata hoitajien raportteja lapsen itsetuhoisesta puheesta lasten itse raportoimaan halukkuuteen käyttäytyä itsetuhoisesti.</p>	<p>Määrällinen pitkäaikais tutkimus.</p> <p>135 8-11-vuotiasta sijoitettua lasta ja heidän huoltajaansa täyttivät BASC-2-kyselyn (the Behavioral Assessment Screen for Children) kolme kertaa kolmen kuukauden välein.</p>	<p>Sijaishoitajat tunnisi että 24% nuorista halua kuolla tai sat itseään. Nuoret raportit paljastivat, 21% lapsista osoitti itsetuhoisuudelle. Molemmissa raportit itsetuhoisuuden laskivat ajan saatossa taas kaiken kaikk arvot olivat saman raporttien välillä. Tul osoittavat eroavaisu nuorten itse raporto ja sijaishoitajien raporttien välillä yksilöiden keskuudessa. Myös asumispalvelu hoitajat raportit todennäköisemmin itsetuhoisesta puh kuin sijaiskotien hoitajat.</p>
<p>9. Lehmann, Heievang, Havik & Havik</p> <p>Screening Foster Children for Mental Disorders: Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire</p> <p>2014</p> <p>Norja</p>	<p>Tutkia SDQ:n seulonta ominaisuuksia mielenterveysongelmien osalta kouluikäisillä sijoitetuilla lapsilla.</p>	<p>Vertaileva tutkimus.</p> <p>279 sijaisvanhempaa ja sijoitetun lapsen opettajaa suorittivat Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ja diagnostisen haastattelun Developmental and Well-Being Assessment (DAWBA). DAWBA:n mukaisia diagnooseja käytettiin standardina. SDQ-asteikkojen suorituskkyä tutkittiin mielenterveyshäiriöiden mittasuureina käyttämällä ROC-analyysiä.</p>	<p>SDQ:n seulonta ominaisuudet vaikeuksissa vaikutuksissa yhtä olivat hyvät. Tulukset tukevat SDQ kokonaisvaikeudet vaikutukset-asteikon käyttöä, kun seulonta sijoitetujen lasten mielenterveysongelmien</p>

<p>10. Kekkonen, Tolmunen, Markkanen & Laukkanen</p> <p>Nuorten psyykkiset ongelmat ja psykososiaaliset hoitomenetelmät sijaishuollossa – Järjestelmällinen katsaus</p> <p>2019</p> <p>Suomi</p>	<p>Koota yhteen kansainvälistä tutkimustietoa sijaishuoltoon sijoitettujen nuorten terveystarpeesta ja hoitomenetelmistä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, jossa käytetty seuraavia tietokantoja: SocINDEX, Academic Search Premier, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Scopus, PsycINFO, GoogleScholar ja PubMed. 500 artikkelista valittiin 25.</p>	<p>Sijaishuoltoon kehitettyjä hoitomenetelmiä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Trauma Intervention Program for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART) - Structured Family Psychotherapy for Adolescents Responsive to Chronic Stress (SPARCS) - Attachment, Regulation and Competency (AARC) viitekehys - Trauma Systemic Therapy (TST) - Multidimensional Treatment Foster Care menetelmän (MTFC) - Life Space Crisis (LS) - Do the Good (DtG) - TARGET - Traumafokoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) - Dialektinen käyttäytymisterapia - Ratkaisukeskeinen lyhytterapia (Solution Focused Brief Therapy SFBT) - Aggression Replacement Training (ART) - Mindfulness-Based Stress Reduction, MB - Multimodel Substance Abuse Prevention (M) - Residential Substance Abuse Assistance Program (RSAP) - MET/CBT-5 - Minnesota-mallista
--	---	--	--

<p>11. Manninen</p> <p>Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste</p> <p>2013</p> <p>Suomi</p>	<p>Kartoittaa laaja-alaisesti koulukotiin sijoitettujen nuorten neuropsykologista ja psykiatrista profiilia, sekä selvittää psykologisten piirteiden yhteyttä myöhempään rikollisuuteen ja psykiatriseen sairastuvuuteen viiden vuoden seurannassa.</p>	<p>Määrällinen pitkittäinen vertaileva tutkimus.</p> <p>N = 53 iältään 15-18-vuotiasta koulukotiin sijoitettua nuorta. Verrokkeina käytettiin Pohjois-Suomen vuoden 1986 syntymäkohorttia ja helsinkiläisiä koululaisia ja lukiolaisia, joita oli tutkimuksen eri osatöissä eri määrä</p> <p>Psykiatrista oireita kartoitettiin kyselylomakkeilla (YSR, TAS-20, CBCL), laaja neuropsykologinen testipatteristo ja oirehaastattelu, lisäksi taustatietoa koulukodin arkistosta.</p>	<p>Koulukotiin sijoitettujen nuorilla merkittävästi enemmän erityyppisiä psykiatrisia oireita verrattuna yleisväestöön sekä sisäänpäin suuntautuneita oireita. Psykoosioireita ja sosiaalisia suhteissa ja poissaoloista aiheutuneita masennusoireita. Työntekijöiden tunteiden käsittelyssä haasteita ja erityisesti tytöt eivät tahtoneet tunnustaa masennusoireita. Kognitiivinen suoriutumisen, erityisesti kielellinen, oli heikompaa kuin verrokeilla. Vuoden seurannassa pojista saatiin rikosrekisterimerkinne puolet syyteitä väkivaltarikokseen. Käytösoireiset pojat, on heikko kielellinen suoriutumisen, syyllistyvät todennäköisimmin tulevaisuudessa väkivaltaisiin rikoksiin ja muuhun rikollisuuteen. Viiden vuoden seurannassa psykoosien määrä näyttäytyi yleisempää kuin verrokeilla keskuudessa.</p>
--	---	--	---

<p>12. Koponen, Laukkanen, Tolmunen & Ovaskainen</p> <p>Joutuvatko sijaishuoltopaikkojen nuorelle liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle?</p> <p>2010</p> <p>Suomi</p>	<p>Tarkastella nuorisopsykiatriseen osastohoitoon tulleiden nuorten tulotapoja, hoidon kestoa ja kliinistä tilaa, vertailla sijaishuoltopaikoista tulleita nuoria muihin nuoriin sekä verrata sijaishuoltopaikoista tulleiden nuorten tulotapaa (vapaaehtoinen vs. tahdosta riippumaton).</p>	<p>Määrällinen vertaileva tutkimus.</p> <p>Tietoja kerättiin KYS:in nuorisopsykiatriselle kriisihoito-osastolle tulleiden nuorten osastojaksoista vuoden ajalta (238 osastojaksoa), tiedot kerättiin hoitoilmoitustietokannasta (Hilmo) ja Psykiatrisen vuodeosastohoidon tietokannasta (Psyvos). Nuorten masennusta ja toivottomuutta mitattiin BDI:n (Beckin depressiokysely) ja BHS:n (Beskin toivottomuuskysely) avulla.</p>	<p>238 kriisihoito- ja nuorisopsykiatrisella osastolla vuoden aikana joista 41 sijaishuoltopaikoista tulleita nuoria.</p> <p>Sijaishuoltonuoret tulleista nuorista useammin tarkkailulähetteellä, mutta nämä nuoret poikenneet muista vastentahtoisesti hoitoon tulleista nuorista käytettyjen mittareiden mukaan.</p> <p>Sijaishuoltonuorten oli hieman matalampi kuin muualta tulleiden heidän hoitoaikansa hieman lyhyempiä, ja vakava psyykinen sairaus diagnosoitiin harvemmin.</p>
--	---	--	--