

# VARHAINEN PUUTTUMINEN LAPSEN PSYKIATRISSESSA HOITOPOLUSSA

Miten varhainen puuttuminen tulee ilmi lasten  
mielenterveyshäiriöissä – kirjallisuuskatsaus

Anne Väänänen ja Mirja Oinonen

Opinnäytetyö

Syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (amk)

## TIIVISTELMÄ

Väänänen, Anne & Oinonen, Mirja. VARHAINEN PUUTTUMINEN LAPSEN PSYKIATRISSESSA HOITOPOLUSSA Miten varhainen puuttuminen tulee ilmi lasten mielenterveyshäiriöissä – kirjallisuuskatsaus. 65 s., 2 liitettä. Kieli: suomi. Helsinki, syksy 2012. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sosiaali- ja terveystieteiden amk-tutkinto, Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyössä perehdyimme varhaiseen puuttumiseen lasten mielenterveyshäiriöissä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa käytettiin menetelmänä kirjallisuuskatsausta Medic-tietokannasta. Tekstejä analysoitiin sisällönanalyysia apuna käyttäen. Varhainen puuttuminen tarkoittaa mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyä ja puuttumista jo alkaneisiin oireisiin tai häiriöihin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Varhaisen puuttumisen toimintaympäristöjä ovat koti, päivähoito ja koulu. Tuomme myös esiin melko laajasti lasten mielenterveyshäiriöitä ja perus- ja erikoissairaanhoidon palveluita opinnäytetyön luvuissa 2 ja 3 teoreettisena taustana. Varhainen puuttuminen saa työssä kuitenkin useita eri merkityksiä, jotka eivät liittyneet vain mielenterveyspalveluiden toimintaan.

Kirjallisuuskatsauksen tekstit käsittelevät varhaista puuttumista laaja-alaisesti esimerkiksi ajattelu- ja työtapana, arkityöhön juurtuvina uudenlaisina työmenetelminä, varhaisia elinvuosia koskevana ennaltaehkäisevänä ja korjaavana työnä sekä erityisesti moniammatillisuuden, tiedonkulun ja yhteistyön merkitystä korostaen. Keskeisestä on lastenneuvolatyön onnistuminen, vanhemmuuden tukeminen ja riskitekijöiden huomioon ottaminen perheen elämässä. Myös opettajilla ja eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä koulussa on suuri merkitys mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Varhaiseen puuttumiseen on monia tapoja, joista yksi voisi olla masennuksen seulominen koulussa tai jopa neuvolaikäisiltä.

Asiasanat: varhainen puuttuminen, lasten mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, hoitoketjut

## ABSTRACT

Väänänen, Anne & Oinonen, Mirja. EARLY INTERVENTION IN CHILDREN'S PSYCHIATRIC CARE PATHWAYS – How is early intervention approached in children's mental disorders – literature review. 65 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of the study was to research children's mental disorders and especially early intervention so that the mental disorders could be prevented. The method in the study was a qualitative research method and the literature review was carried out in Medic database. Early intervention means preventing the mental health problems among children and also intervening at an early stage of problems if the first symptoms are already noticed.

Early intervention can happen in many surroundings but the main surroundings are home, daycare and school. In this study the most common mental health problems among children are also explored and so are the main public health services in Finland. The first chapters give the theoretical basis of the study. Several meanings for early intervention were given in the study. It is not only related to mental health services.

The texts that were chosen to the literature review concerned early intervention in a wide range. It was seen for example as a way of thinking, a method of working, a new way of adjusting to everyday work and as concerning mainly the first years of a child's life. It was also seen as preventative work and nursing already existing symptoms.

The results showed that it is important to give parental support at maternity clinics. One important way of preventing mental disorders is also to take in consideration the risk factors in families. Co-operation between teachers and public health nurses should be developed. Parents have a crucial role in preventing mental disorders among children. There are many ways for early intervention and one might be depression screening at school or even at maternity clinics.

Key words: early intervention, children's mental disorders, health services, integrated care pathways

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 LAPSEN NORMAALI JA POIKKEAVA PSYKKINEN KEHITYS .....	8
2.1 Lapsen normaali kehitys .....	8
2.1.1 Psyykkisten rakenteiden kehitys.....	8
2.1.2 Imeväisikäinen lapsi .....	9
2.1.3 Leikki-ikäinen lapsi .....	10
2.1.4 Kouluikäinen lapsi .....	11
2.2 Lasten mielenterveyshäiriöt .....	11
2.2.1 Tunne-elämän häiriöt.....	11
2.2.2 Käytöshäiriöt.....	14
2.2.3 Tarkkaavaisuuden häiriöt .....	14
2.2.4 Persoonallisuushäiriöt .....	16
2.2.5 Psykoottisuus .....	17
2.2.6 Mielialahäiriöt ja itsetuhoisen käyttäytyminen.....	18
2.2.7 Syömishäiriöt.....	19
2.2.8 Psykosomaattiset oireet .....	20
3 LASTEN MIELENTERVEYSTYÖ.....	22
3.1 Hoitopolun käsite .....	22
3.2 Varhainen puuttuminen osana hoitopolkua.....	23
3.3 Lasten mielenterveydenhoitoa säätelevät lait .....	24
3.4 Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut.....	26
3.5 Erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut .....	28
3.6 Sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut .....	29
3.7 Yhdistysten ja yksityisen sektorin mielenterveyspalvelut .....	30
3.8 Helsingin kaupungin projektit osana mielenterveyspalveluita .....	30
3.8.1 Liikkuva lastenpsykiatrinen tiimi .....	30
3.8.2 Varhaiskasvatuksen piirissä olevat projektit .....	32
4 KIRJALLISUUSKATSAUS AINEISTON KERUUMENETELMÄNÄ .....	34
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	35

5.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelma.....	35
5.2 Laadullinen tutkimus .....	35
6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSOSION TOTEUTUS .....	37
6.1 Kirjallisuuden haku.....	37
6.2 Kirjallisuuskatsauksen teemoittelu sisällönanalyysissä.....	39
6.3 Haastattelu-osio.....	40
6.4 Aineisto.....	41
7 TULOKSET .....	43
7.1 Varhaisen puuttumisen määrittely.....	43
7.2 Varhaisen puuttumisen ympäristöt.....	45
7.2.1 Koulu varhaisen puuttumisen ympäristönä.....	45
7.2.2 Perus- ja erikoissairaanhoidon varhainen puuttuminen.....	46
7.2.3 Neuvola .....	47
7.3 Varhainen puuttuminen riskitekijöiden ennakointina.....	47
7.3.1 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen .....	47
7.3.2 Perhe ja vanhemmuus.....	48
7.3.3 Seulonnat .....	50
8 POHDINTA .....	50
8.1 Tulosten tarkastelu .....	50
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	54
8.3 Johtopäätökset .....	55
8.4 Oman ammatillisuuden pohdinta .....	56
Liite1: Haastattelun sisällönanalyysin apukysymykset:.....	66
Liite 2 HAASTATTELU.....	67

## 1 JOHDANTO

Lasten mielenterveyspalveluiden tarve ja mielenterveydenhäiriöt ovat olleet puheenaiheena pitkään. Erityisenä ongelmana on riittävän varhainen puuttuminen ongelmiin. Pirjo Kinnusen (2011) tutkimuksessa lastenpsykiatrisesta hoidosta todetaan, että varhain ei ole tarpeeksi varhain. Hän on tuonut esille ajankohtaiset puheenaiheet: yhteiskunta kysyy, miksei kukaan huomaa mitään, ennen kuin nuori tarttuu aseeseen tai rakentaa pommin? Hänen mukaansa nuoren psyykkisiin oireisiin ei puututa, tai niitä ei oteta riittävän vakavasti. (Hurri 2012, 9.) Kiinnostuksemme aiheeseen ja yhteiskunnallinen keskustelu ovat saaneet meidät työstämään tätä tärkeää aihetta, jonka tutkiminen opinnäytetyössä antaa meille sekä ammatillista osaamista hoitoalan jokapäiväisiin kohtaamistilanteisiin että lisää myös alallamme ymmärrystä lasten mielenterveysongelmista ja niihin puuttumisesta oikeanlaisen hoidon varmistamiseksi.

Mielenterveyshäiriöitä sairastavien lapsipotilaiden hoitoa tutkittaessa on aiemmin havaittu, että hoitoketjut ovat useiden vuosien mittaisia ja monitahoisia (Laaksonen, Näntö, Piha, Schmitt & Örn, 2007). Hoitoketjujen pituuden lisäksi ongelmalliseksi on todettu myös palveluiden hajanaisuus ja sektoroituneisuus: eri tahot tekevät päällekkäistä työtä eivätkä hoitopolut ole yhtenäisiä (Moilanen 1999, 2). Esimerkiksi neuvolaikäisistä lapsista 20 %:lla on arvioitu olevan psyykkisiä oireita, ja 10–30 %:lla kyseisistä perheistä on arvioitu olevan tarvetta erityiseen tukeen (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012).

Opinnäytetyössä kuvaamme kirjallisuuskatsauksen avulla mitä varhainen puuttuminen tarkoittaa lasten mielenterveyspalveluissa ja lasten psykiatrisissa hoitopoluissa. Myös vanhemman haastattelua ja siitä saatua kokemusasiantuntijuutta käytämme esimerkkinä kuvaamaan lapsen hoitopolkua mielenterveys-työssä ja varhaista puuttumista hoitopolussa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä lapsen mielenterveyden hoitoon eri mielenterveyspalveluissa varhaisen puuttumisen näkökulmasta. Aiheeseen on perehdytty sekä valtakunnallisesti kirjallisuuskatsauksen ja lainsäädännön avul-

la että paikallisesti haastatteleamalla erästä helsinkiläistä vanhempaa, jonka lapsi on tarvinnut mielenterveyspalveluita. Kirjallisuuskatsauksella ja haastattelusta saaduilla esimerkeillä tuomme esiin, millaista tietoa varhaisesta puuttumisesta on lasten mielenterveyshäiriöihin liittyen.

Opinnäytetyömme teoreettisen pohjan muodostavat luvut 2 ja 3. Luvussa 2 käsittelemme lapsen normatiivista kehitystä sekä yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä. Hoitopolun käsitettä olemme selventäneet tarkemmin luvussa 3. Käsitteellä ei ole vakiintunutta käyttöä, joten sen eri merkityksien kuvaaminen on aiheemme kannalta tärkeää. Luvussa 3 käsittelemme myös lasten mielenterveystyötä lainsäädännön ja mielenterveyspalveluiden kautta.

Lapsen normatiivinen kehitys oli mielestämme tärkeä ottaa työn alkuun, koska tutkimuksessamme tuli ilmi selkeästi se, ettei ammattihenkilöstöllä välttämättä ole tarvittavaa tietopohjaa aiheesta. Ja jos emme tiedä lapsen normaaliin kehitykseen liittyviä asioita, kuinka voimme havainnoida poikkeamia? Mikäli lapsen mielenterveysoireita ei tunnisteta, jäävät häiriöt diagnosoimatta. Tällöin hoitoon hakeutuminen ja pääseminen viivästyvät, ja jo hoitopolun alku on epäselvä. Näin ollen toivomme työn avaavan pienen portin lapsen kehityksen mielenkiintoiseen maailmaan, ja tätä kautta saamme valmiuksia havainnoida lapsen psyykkistä oirehdintaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

## 2 LAPSEN NORMAALI JA POIKKEAVA PSYKKINEN KEHITYS

### 2.1 Lapsen normaali kehitys

#### 2.1.1 Psykkisten rakenteiden kehitys

Lapsuus on yksi ihmiselämän kehitysvaiheista. Siihen kuuluvat tietyt psyykkiset, biologiset ja sosiaaliset ilmiöt, jotka yksilöllisestä vaihtelusta huolimatta toteutuvat melko säännönmukaisesti. Bio-psykososiaalisen näkemyksen mukaan ihmisen psyykkinen kasvu ja kehitys rakentuvat juuri näistä psyykkisistä, biologisista sekä sosiaalisista tekijöistä. Psykkisten sairauksien ja häiriöiden syntyessä nähdään usein ongelmia kaikilla toimintakyvyn alueilla. (Almqvist 2004a, 17.) Lapsen terveen psykososiaalisen kehityksen merkinä pidetään kykyä katsekontaktiin, ilmeikkyyteen sekä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen (Borg 2006, 2292-3). Erityistä huomiota tulisi kiinnittää, jos edellisissä esiintyy hankaluuksia sekä lisäksi, jos lapsella on vaikeutta noudattaa aikuisten neuvoja ja ohjeita tai jos esiintyy outoihin rituaaleihin tai tapoihin juuttumista. Myös oudot ilmeet, liikehdintä sekä erikoinen puhetapa vaativat huomiointia. (Nuutinen 1998, Osa II A/88.)

Lapsen psyykkiselle kehitykselle on ominaista pikkuhiljaa tapahtuva eriytyminen ja integroituminen. Jo alle kolmikuinen vauva on saavuttanut ensimmäisen emotionaalisen kehityksen vaiheensa oppiessaan säätlemään omia tunnetilojaan. Ennen viiden kuukauden ikää vauvan ja vanhemman välille on jo syntynyt kiintymyssuhde, mikä muokkautuu vähitellen sosiaaliseksi suhteeksi. Lapsen kielen kehitystä ja mielikuvitusleikkejä seurattaessa voi huomata, että lapselle on kehittynyt jo 3-4-vuoden ikäisenä kaikki ihmiselle tärkeimmät psyykkiset rakenteet. Tärkeintä tälle kehitykselle on läheisen ihmisen antama hoiva ja huolenpito. (Almqvist 2004a, 17–18.)



### 2.1.2 Imeväisikäinen lapsi

Lapsi määritellään imeväisikäiseksi ensimmäisen elinvuotensa aikana. Vastasyntyneeksi lasta kutsutaan alle neljän viikon ikäisenä (Katajamäki 2004, 53). Ensimmäisen vuoden aikana lapsen paino keskimäärin kolminkertaistuu ja pituus kaksinkertaistuu. Fyysiset taidot, kuten konttaaminen ja käden motoriikka, kehittyvät samojen vaiheiden kautta mutta kuitenkin omassa yksilöllisessä tahdissaan. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 59.) Itku on lapsen ensimmäinen kommunikaatiotapa, jolla hän osoittaa tarpeitaan. Sosiaalisen kehityksen voi nähdä, kun toisen kuukauden aikana lapsi alkaa hymyillä ihmiskasvoille. Mikäli lapsella ei ole kiinteää ihmissuhdetta, voi tämä taito viivästyä. Kolmikuisen lapsi tunnistaa jo äitinsä ja ilmaisee tämän esimerkiksi itkulla äidin lähtiessä pois. Neljän, viiden kuukauden iässä tuttu aikuinen voi jo erottaa lapsen äänestä, mitä lapsi tarvitsee. Samanaikaisesti lapsi myös kiinnostuu leikeistä ja leluista. (Koistinen ym. 2004, 61.)

Puolen vuoden jälkeen lapsi jokeltelee jo monipuolisesti sekä tarkkailee aktiivisesti ympäristöään. Hän kuuntelee aikuisten puhetta ja pyrkii tulkitsemaan sitä aluksi äänenpainojen perusteella. Vuoden iässä lapsi usein sanoo ensimmäisiä merkityksellisiä sanoja ja alkaa pikkuhiljaa nimetä arkipäivän asioita. Jos lapsella ei ole oppimisvaikeuksia, kieli kehittyy kuin itsestään virikkeellisessä ympäristössä. Lapsi on myös aktiivisesti kiinnostunut ympäristöstään ja tutkii sitä ahkerasti liikkuen. (Kurvinen ym. 2007, 145.)

Ensimmäisen ikävuoden lopulla lapsi harjoittelee monia motorisia taitoja. Näihin kuuluvat pystyasennon harjoittelu aluksi seisten, sitten tuettuna kävellen ja viimeiseksi ilman tukea kävelemään opettelemalla. Samaan aikaan lapsi myös opettelee syömään sekä pukeutumaan. (Kurvinen ym. 2007, 138.) Kehitys tapahtuu yksilöllisesti mutta oikea aikaisia virikkeitä sisältävä ympäristö tukee tervettä kehitystä. Tärkeintä sen kannalta ovat kuitenkin vuorovaikutussuhteet lapsen elämässä. (Koistinen ym. 2004, 63.)

### 2.1.3 Leikki-ikäinen lapsi

Leikki-ikäisellä lapsella tarkoitetaan 1–6-vuotiasta lasta. Tällä ikävälillä lapsi oppii runsaasti fyysisiä taitoja. Yksivuotias opettelee kävelemään ja kiipeämään portaita, ja kaksivuotias jo juoksee ketterästi sekä kulkee portaat tasajalkaa. Kolmevuotiaan lapsen silmän ja käden yhteistyö on kehittynyt jo niin hyvin, että hän kykenee pukemaan ja riisumaan sekä rakentamaan tornin kymmenestä palikasta leikkiessään. Kouluiän lähestyessä lapsi on jo melko taitava käytännön toiminnoissa. Hän kykenee hienomotorisiin suorituksiin, kuten kengän nauhojen sitomiseen ja kirjoittamiseen. (Koistinen ym. 2004, 66.)

Leikki-iässä myös lapsen kognitiiviset taidot kehittyvät vuosi vuodelta. Kognitiivinen kehitys tarkoittaa muistiin, kieleen, havaitsemiseen, ajatteluun sekä oppimiseen liittyviä asioita. Kaksivuotias alkaa muodostaa yksinkertaisia lauseita sekä ymmärtää puhumisen sosiaalista merkitystä. Keskittyminen tämän ikäisellä on kuitenkin vielä lyhytjänteistä. Kolmivuotias kykenee jo keskittymään hieman pitempään mutta tarvitsee edelleen siinä aikuisen ohjausta. Sanavarasto kehittyy nopeaa tahtia, ja lapsi kyselee kiinnostuneesti ympäristöstään. Neljävuotiaalla miksi kysymys auttaa hahmottamaan ympäröivää maailmaa. Myös lapsen mielikuvitus monipuolistuu, mikä näkyy leikeissä. Ennen kouluikää lapsi on oppinut jo keskittymään paremmin ryhmässä, ja hänen kielellinen ilmaisunsa on monipuolista. Hän on myös kiinnostunut oppimaan kirjoitus- sekä lukutaidon ja pystyy noudattamaan useampiosaisia ohjeita. (Kurvinen ym. 2004, 145–146.)

Sosiaaliset taidot kehittyvät myös muun kehityksen rinnalla. Kaksivuotias leikkii vielä toisten lasten rinnalla, mutta kolmevuotias taas kykenee jo yhteiseen leikkiin muiden lasten kanssa. Ensimmäinen itsenäistymisvaihe eli niin kutsuttu uhmaikä, alkaa yleisesti 3-5-vuotiaana. Lapsen ollessa kuusivuotias ovat kaverisuhteet jo tärkeitä ja kateus sisaruksia kohtaan on tavallista. Ystävyys- ja sisarusuhteet ovatkin tärkeitä opeteltaessa toisen huomioimista. (Koistinen ym. 2004 67–68.)

#### 2.1.4 Kouluikäinen lapsi

Kouluikä on lapselle älyllisen kehittymisen aikaa. Kouluikäinen alkaa pikku hiljaa olla vastuuta ottava perheenjäsen, jonka kognitiiviset taidot kehittyvät yhtä aikaa sosiaalisten leikkien yhteydessä. Tytöt viihtyvät yleensä tyttöjen kesken ja pojat parhaiten poikaporukoissa. Fyysinen kasvu on tasaista ja motoriset taidot harjaantuvat jatkuvan liikkeellä olemisen myötä. 10–12-vuotias alkaa jo luoda itsenäisesti sosiaalisia suhteita ja ylläpitää niitä esimerkiksi puhelimen välityksellä. Perhe on edelleen lapselle tärkeä mutta vähitellen myös ystävien merkitys korostuu. (Koistinen ym. 2004, 72–73.)

Varhaisnuoruudesta puhutaan puberteetin alkaessa. Kehon muutokset alkavat näkyä tytöillä 10–12 vuoden iässä ja pojilla hieman myöhemmin. Puberteetin fyysiset muutokset kestävät kokonaisuudessaan noin kolme vuotta. Psykkiset ja sosiaaliset kehitysvaiheet voidaan jakaa tiettyjen tunnuspiirteiden mukaan, mutta todellisuudessa vaiheet menevät päällekkäin, ja yksilölliset vaihtelut ovat suuria. Ikävaiheeseen liittyy oman kehonkuvan hahmottaminen, naiseuden ja miehuuden korostaminen eri tavoin, sukupuolisen kiinnostuksen herääminen sekä ristiriitoja oman perheen sisällä. (Koistinen ym. 2004, 73.)

### 2.2 Lasten mielenterveyshäiriöt

#### 2.2.1 Tunne-elämän häiriöt

Tunne-elämän häiriöt ovat käytöshäiriöiden ohella lasten mielenterveyshäiriöistä yleisimpiä. Merkittävin oire on epätavallisen suuri ahdistus, joka voi ilmetä myös epäsuorasti muiden oireiden kautta. (Moilanen 2004a, 201.) Lapsilla diagnosoidaan ahdistuneisuushäiriöistä eniten eroahdistushäiriötä, yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sekä määräkohtaisia pelkoja. Määräkohtainen pelko tarkoittaa epänormaalia, toimintaa haittaavaa pelkoa jotain yksittäistä asiaa tai tilannetta kohtaan. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä esiintyy taas voima-

kasta ahdistusta useiden eri tapahtumien ja asioiden yhteydessä. Tyypillisiä oireita tähän liittyen ovat lapsen uupuneisuus, ärtyisyys sekä keskittymisvaikeudet. Lapsuuden eroahdistushäiriössä lapsi tuntee epätavallisen voimakasta ahdistusta tilanteessa, jossa hän joutuu eroamaan läheisestä henkilöstä. (Aronen & Sourander 2011, 7.)

Lapsen oireita arvioitaessa on huomioitava lapsen ikä sekä ahdistuksen mahdollinen normatiivisuus. Diagnoosi näille häiriöille asetetaan vain, jos ahdistus rajoittaa lapsen toimintaa merkittävästi ja on ikätasoisesta ahdistuksensietokyvystä poikkeavaa. (Aronen ym. 2011, 6.) Psykosomaattiset oireet ovat tyypillisiä kaikille ahdistuneisuushäiriöistä kärsiville lapsille. Paniikkihäiriö eroaa muista ahdistuneisuushäiriöistä siten, että siihen liittyy usein voimakkaita fyysisiä oireita, kuten sydämentykytystä, hikoilua ja huimausta. (Moilanen 2004a, 202–204.)

Hoitona näihin häiriöihin käytetään psykoterapiaa, joka kohdistuu lapsiin sekä mahdollisesti heidän vanhempinsa. Mikäli perheessä ilmenee paljon ongelmia, pyritään aloittamaan perheterapia, jonka tarkoitus on löytää perheen sisäiset positiiviset voimavarat. Jo pelkästään perheterapia voi poistaa lapsen oireet. Hoitona käytetään myös oppimisterapeuttista tilanneanalyysiä, jonka tarkoituksena on löytää lapsen ympäristöstä oireita aiheuttavat tekijät. Lääkehoidon aloittamista suositellaan vain vaikeimpien tapauksien kohdalla. (Moilanen 2004a, 207.)

Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvalla pakko-oireisella häiriöllä tarkoitetaan epämiellyttäväksi koettuja pakkotoimintoja ja -ajatuksia. Yleisesti neuroosien luokkaan luokitellaan erilaiset yksilön toimintaa haittaavat oireet. Lapsen neuroottisesta käyttäytymisestä puhuttaessa tarkoitetaan kuitenkin yleensä lapsen toimintamalleja sekä pakkoajatuksia. Lapsi yrittää välttää kiusallisten asioiden tulemisen mieleen pakonomaisella, rituaalimaisella käyttäytymisellä. (Kurvinen ym. 2007, 308.) Oireet rajoittavat yleisesti normaalia elämää ja aiheuttavat haittaa myös muulle perheelle. Lapsi yrittää suorittaa päivittäisiä toimintojaan aina samalla tavalla, ja virheen sattuessa hän aloittaa kyseisen toiminnan alusta. Näin ollen esimerkiksi nukkumaanmenorituaalit saattavat pitkittää nukkumaan pääsyä useita tunteja. Lapsi tunnistaa, ettei toiminnassa ole järkeä, muttei kui-

tenkaan pysty lopettamaan sitä. Toiminta on tyypillisesti kausiluontoista eli runsas- ja vähäoireiset kaudet vuorottelevat. Tämä aiheuttaa sen, että lapsi saattaa tulla hoitoon vasta oireiden jatkuttua jo vuosia. (Eirola, Friis & Mannonen 2004, 111–112.) Lasten neurooseissa psykoterapia on koettu hyväksi hoitomuodoksi. Sekä yksilö- että perheterapiat on koettu hyödyllisiksi. Mikäli neuroosit haittaavat merkittävästi sosiaalista elämää sekä arkea käytetään hoidossa myös mäsennuslääkkeitä. (Kurvinen ym. 2007, 308.)

Yksi tunne-elämän häiriöistä on valikoiva puhumattomuus eli mutismi. Tällöin lapsi, joka on jo oppinut puhumaan, kieltäytyy puhumasta tietyissä tilanteissa tai tietyille henkilöille. Tyypillistä on mutismin alkaminen esimerkiksi päiväkodin aloituksen yhteydessä, jolloin kotona hän puhuu läheisilleen mutta päiväkodissa kieltäytyy puhumasta vieraille ihmisille. Näillä lapsilla on huomattu olevan paljon yhteisiä luonteenpiirteitä, kuten ujous ja uusien tilanteiden pelko. Puhumattomuudesta voidaan erotella eri muotoja, jotka ovat esimerkiksi ohimenevä puhumattomuus sekä traumaattinen mutismi. Tästä häiriöstä kärsiville lapsille ei ole vakiintunutta hoitomuotoa. Käytössä ovat esimerkiksi perheterapia, käyttäytymisterapia, leikkiterapia sekä puheterapia. Merkityksellistä paranemisen kannalta on varhainen diagnosointi sekä koulun ja kodin välinen yhteistyö. (Räsänen 2004, 212–214.)

Somatoformisilla häiriöillä tarkoitetaan psyykkistä häiriötä, jossa esiintyy erinäisiä fyysisiä oireita. Näille oireille ei kuitenkaan löydy elimellistä syytä. Häiriö aiheutuu turvattomasta varhaisesta kiintymyssuhteesta sekä perheessä opetuista vääristyneistä käsityksistä eri sairauksia kohtaan. (Eirola ym. 2004, 113.) Hoidossa tärkeää on yksilöterapia, missä pyritään selvittämään lapsen sisäinen problematiikka. Oireiden voimakkuuden takia on tärkeää tehdä myös tarvittavat somaattiset ja neurologiset tutkimukset eri sairauksien poissulkemiseksi. (Räsänen 2004, 214–215.)

### 2.2.2 Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöiselle lapselle ominaisia piirteitä ovat toistuva ja alituinen epäsosiaalisuus sekä hyökkäävä tai uhmakas käytös. Häiriökäytös on pitkäaikaista ja selvästi uhmaa iän mukaisia sosiaalisia odotuksia. Tyypillisesti tällainen käytös ilmenee toistuvina poissaoloina koulusta, tappelemisena ja kiusaamisena, ihmisiin tai eläimiin kohdistuvana julmuutena, omaisuuden tuhoamisena, valehteluna tai varastamisena. Yksittäiset teot eivät riitä diagnosointiin, mutta toistuvana ja pitkäaikaisena mikä tahansa mainittu käytöksenmuutos voi riittää sairauden määrittelyyn. Eri käytöshäiriöitä ovat muun muassa epäsosiaalinen käytöshäiriö, sosiaalinen käytöshäiriö sekä uhmakkuushäiriö. Näihin kuuluu yleensä myös tarkkaavuushäiriöitä, lukihäiriöitä ja depressiota. Käytöshäiriöt ovat tavallisimpia psyykkisiä häiriöitä varhaisnuorilla: 10–11-vuotiailla pojilla niiden esiintyvyys on jopa 10–12 prosenttia. (Moilanen 2004b, 265, 268–269.) Oireilu alkaa kuitenkin monesti jo varhaislapsuudessa, ja vakavimmat käytöshäiriöt jatkuvat tyypillisesti aikuisuuteen saakka (Honkinen 2010, 5).

Kaikista lastenpsykiatrisista häiriöistä käytöshäiriöt ovat hoitoon lähettämisen syynä yleisimpiä. Käytöshäiriöstä kärsivien ennustetta pidetään tutkimusten mukaan huonona, mikäli käyttäytymismalleja ei saada muutettua. Nähtävissä on yhteyttä nuoruus- ja aikuisiällä ilmenevään rikollisuuteen, asosiaalisuuteen ja päihteidenkäyttöön. Käytöshäiriöiden hoito on monitahoista. Siihen kuuluvat perheterapia, vanhempien käyttäytymismallien muuttaminen, oikean koulumuodon löytäminen lapselle sekä tarvittaessa lääkityksen aloittaminen. (Aronen ym. 2011, 3–5.)

### 2.2.3 Tarkkaavaisuuden häiriöt

ADHD:lla tarkoitetaan aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä, joka häiritsee merkittävästi lapsen tai nuoren toimintakykyä. Sen esiintyvyys maailmanlaajuisesti 6-18-vuotiailla on noin 5 %. (Käypä-hoitosuositus) Keskeisiä oireita ovat keskittymiskyvyn ja tarkkavaisuuden heikkous, impulsiivisuus sekä ylivilkkaus. Hoitamattomina oireet saattavat johtaa käytöshäiriöihin sekä emotionaalisiin ja

sosiaalsiin ongelmiin. Tarkkaavuuden häiriöissä on yleistä myös älyllisten toimintojen heikkous sekä motorisen kehityksen ja kielenkehityksen vaikeudet. (Almqvist ym. 2004b, 240–241.)

Diagnostisiin kriteereihin kuuluu häiriön alkaminen viimeistään seitsemän vuoden iässä ja oireiden kestäminen vähintään kuusi kuukautta. Niiden tulee olla haitaksi lapsen toiminnalle sekä ikätasoon nähden poikkeavia. Tietoja tarkkaamattomuudesta ja hyperaktiivisuudesta on kerättävä useammasta tietolähteestä ja oireita on esiinnyttävä useammassa paikassa, esimerkiksi sekä koulussa että kotona. Oireet aiheuttavat myös kliinisesti merkittävää ahdistusta sekä vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa ja koulunkäynnissä. (Käypä-hoitosuositus 2012.)

Tarkkaamattomuus ilmenee lapsella usein hajamielisyysnä ja vaikeutena keskittyä. Lapsi esimerkiksi vaihtaa leikkiä usein saamatta mitään päätökseen. Hän saattaa myös ajautua pohtimaan tai kertomaan tarinaa sillä seurauksella, että varsinainen toiminta kuten syöminen unohtuu kokonaan. Aikuiselle saattaa helposti muodostua vaikutelma, että lapsi osaisi kyllä suoriutua monenlaisista asioista, muttei vain kykene keskittymään. Erityisesti ryhmätilanteissa toimiminen on haastavaa. (Kurvinen ym. 2007, 287.)

Vaikeimmat ADHD-oireet ovat monesti nähtävissä jo 2-3-vuotiailla mutta niin varhaisessa vaiheessa diagnosointia ei vielä tehdä (Kurvinen ym. 2007, 290). Viimeistään esikoulussa lapsesta huomataan yleensä oppimisvaikeuksia, joihin tulisi puuttua. Lapsen oireet näkyvät oppimisvaikeuksina, jotka johtuvat yleensä vaikeudesta olla paikoillaan, keskittyä, toimia loogisesti ja kuunnella ohjeita. Koulussa ulkopuoliset ärsykkeet vievät helposti huomion pois olennaisesta. Lapsi saattaa myös usein kadottaa tehtävissä tarvittavia esineitä, kuten kyniä ja koulukirjoja. Hän välttelee tehtäviä jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua ja tekee runsaasti huolimattomuusvirheitä. (Kurvinen ym. 2007, 288–290.)

ADHD-häiriön hoitaminen ja kuntoutus ovat tärkeitä, koska hoitamattomana häiriö aiheuttaa ongelmia lapsen tai nuoren opiskelulle ja myöhemmin aikuisiän työllistymiselle. Hoitamaton ADHD-häiriö altistaa varttuvan lapsen ja nuoren myös mielenterveyden häiriöille ja päihdeongelmille sekä lisää syrjäytymisen

riskiä. ADHD-häiriön hoidon keskeinen periaate on, että sen pitäisi olla pitkäjänteistä ja lapsen tai nuoren tulisi saada riittävästi tukea eri ikäkausien siirtymävaiheissa. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa on myös tärkeää huomioida mahdollisten muiden samanaikaisten psykiatristen tai neurologisten häiriöiden olemassaolo. (Käypä-hoitosuositus 2012.)

ADHD-häiriön hoito- ja kuntoutusmenetelmät voidaan jakaa kahteen pääryhmään. Hoidolla voidaan pyrkiä lievittämään häiriön keskeisiä oireita ja toisaalta elinympäristöön voidaan yrittää vaikuttaa siten, että se tukisi paremmin ADHD-häiriöisen lapsen tai nuoren suoriutumista. (Närhi 2006, 96–97.) ADHD-häiriön Käypä hoito-suositusten mukainen hoito ja kuntoutus suunnitellaan aina yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. Hoitomuotoina keskeisiä ovat lapsen tai nuoreen ja hänen ympäristöönsä kohdistuvat tukitoimet, psykososiaaliset hoitomuodot sekä lääkehoito. Alle kouluikäisten lasten hoidossa ensisijaisia hoitomuotoja ovat psykososiaaliset hoitomuodot ja ympäristöön kohdistuvat tukitoimet. (Käypä-hoitosuositus 2012.)

ADHD:n yksittäisistä hoitomuodoista lääkehoidon on todettu tutkimusten mukaan parhaiten parantavan lapsen tai nuoren toimintakykyä. Lääkehoito parantaa toimintakykyä lievittämällä ja vähentämällä häiriössä keskeisiä tarkkaamattomuus-, impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita. (Käypä-hoitosuositus 2012.) Tehokkuudestaan huolimatta lääkehoito ei yksistään ratkaise ADHD-häiriön aiheuttamia ongelmia, vaan on osa hoidon kokonaisuutta ja tukee tarkkaavaisuus-häiriöisen lapsen tai nuoren koulunkäyntiä sekä selviytymistä sosiaalisissa tilanteissa. (Närhi 2006, 97.)

#### 2.2.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan persoonallisuuden tilaa, jossa tapa havainnoida ja toimia on muuttunut pysyvästi jäykäksi ja kaavamaiseksi. Kun tietty persoonallisuuden piirre, esimerkiksi itsekkyyys tai uhma, alkaa hallita lapsen elämää ja kehitystä merkittävästi, voi kyseessä olla persoonallisuushäiriö. (Eiro-la ym. 2004, 141.) Lastenpsykiatriassa on erimielisyyksiä siitä, voidaanko näitä



häiriöitä diagnosoida lapsilla, joilla persoonallisuuden kehitys on vielä kesken (Almqvist 2004, 308c). Aikuispsykiatriassa persoonallisuushäiriöt on jaettu kymmeneen eri häiriön muotoon. Lapsuusiässä havaittavia häiriöitä ovat huomiohakuinen, epäsosiaalinen, narsistinen ja eristäytyvä persoonallisuushäiriö. Yleisin lapsuus- ja nuoruusiässä havaittava persoonallisuushäiriö on edellä mainittujen lisäksi rajatilapersonallisuus. Tämän tunnusomaisia oireita ovat muun muassa voimakas impulsiivisuus toiminnassa ja tunnetiloissa, häiriöt ihmissuhteissa sekä itsekontrollin heikkous (Almqvist 2004c, 310–311). Strukturoiduilla yksilö- ja yhteisohoidon menetelmillä on saatu hyviä tuloksia häiriön hoidossa; haasteena kuitenkin on persoonallisuushäiriöistä kärsivien kohdalla heidän motivoimisensa hoitoon. Tyypillistä on, etteivät potilaat koe itseään sairaksi. Rajatilahäiriö aiheuttaa myös lyhytjänteisyyttä, mikä vaikeuttaa hoitoon sitoutumista. (Eirola ym. 2004, 142.)

### 2.2.5 Psykoottisuus

Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisen realiteettitaju horjuu, ja hänen ajattelunsa, tunteensa sekä havaintonsa ovat irrallaan todellisuudesta (Eirola ym. 2004, 133; Kurvinen 2007, 309). Psykooseja pidetään ihmismielen vaikeimpina häiriöinä. Käytännössä tämä ilmenee esimerkiksi erilaisina aistiharhoina, kuten ääniharhoina tai näkö-, haju- ja kosketusaistimusten vääristymisinä. (Nordling & Toivio 2009, 119.)

Lapsuusiän psykoosit ovat kuitenkin harvinaisia. Lapsilla saattaa esiintyä kuumeen tai lääkekuurin aikana sekavuutta ja harhaisuutta, mutta niitä ei kutsuta psykooseiksi. Lapsuusiässä yleisempiä ovat niin sanotut orgaaniset psykoosit. Lapsi voi saada sellaisen altistuttuaan huumeille, myrkyille, viruksille tai saadessaan päähän kovan iskun. Orgaanisen psykoosin oireet ovat sekavuus, pelot, harhat sekä paikkaan ja aikaan orientoitumisen vaikeus. (Kurvinen 2007, 309.) Lapsilla esiintyy myös reaktiivisia psykooseja, mikä tarkoittaa psykoosioireiden ilmenemistä traumojen yhteydessä. Esimerkiksi perheväkivaltaa kokeneilla lapsilla saattaa olla harhaisuutta elämäntilanteen rauhoituttua. (Eirola ym. 2004, 134.)

Psykoottisuutta esiintyy myös vaikeissa kehitysvammoissa sekä skitsofrenian oireena. Skitsofrenian diagnosoiminen lapsuusiässä on kuitenkin erittäin harvinaista, Suomessa arviolta 1-3 lasta saa tämän diagnoosin vuosittain. (Kurvinen 2007, 309.) Skitsofrenian varhainen tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, sillä tämän hetkisen tiedon mukaan taudin oireita voidaan lievittää varhaisen hoidon avulla huomattavasti, ja osa potilaista paranee täysin. Nuoruusiässä sekä skitsofrenian että psykoosien esiintyminen lisääntyy merkittävästi. (Eirola ym. 2004, 133.)

Psykoosi diagnosoidaan ja hoidetaan aina erikoissairaanhoidossa. Keskeistä hoidossa on lääkehoito sekä perheelle järjestettävät tukitoimet (Kurvinen 2007, 309). Perheelle lapsen psykoosi on yleensä raskas tilanne. Tärkeää on kuitenkin kertoa perheelle, että psykoottisten häiriöiden lääkehoito sekä kuntoutus ovat kehittyneet ja ennusteet paljon positiivisemmat kuin ennen. (Kurvinen 2007, 310.)

#### 2.2.6 Mielialahäiriöt ja itsetuhoinen käyttäytyminen

Lapsuusiän itsetuhoisuus eroaa aikuisiällä ilmenevästä itsetuhoisuudesta siinä, ettei siihen selvästi liity muita oireita. Tämä johtuu persoonallisuuden kehittymättömyydestä ja siitä, että lapsen kuoleman käsitys on erilainen kuin aikuisen. Pienellä lapsella ei ole käsitystä siitä, mikä on hengenvaarallista ja mikä ei. Lapsi voi yrittää vahingoittaa itseään juoksemalla auton alle, myrkyttämällä tai esimerkiksi hyppäämällä korkealta. (Eirola ym. 2004, 124.)

Mielialahäiriöihin kuuluvat masennus sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö (Eirola ym. 2004, 113). Lapsuuden masennus jaetaan kahteen tyyppiin, vakavaan sekä pitkäkestoiseen masennukseen. Vakavassa masennuksessa lapsella ilmenee akuutteja masennusjaksoja, joiden aikana oireet ovat voimakkaita. Pitkäkestoisessa masennuksessa ei ole akuutteja vaiheita, vaan masennuksen oireisto on lievempi. Tällöin masennuksen kesto on yleensä pitempi, ja lapsella on suurempi riski jäädä vaille hoitoa. (Tamminen 2010, 627–628). Lapsuusiän masen-

nuksen oirekuva vaihtelee iän ja kehitystason mukaisesti, ja se vaikuttaa pienen lapsen kehitykseen monella negatiivisella tavalla. Esimerkiksi puheen kehitys voi hidastua tai jopa pysähtyä kokonaan. Oireita vauvalla ovat esimerkiksi hidas painonnousu, katsekontaktin puuttuminen, sekä yleinen kiinnostumattomuus ympäristöstä, erityisesti ihmiskasvoista. (Eirola ym. 2004, 114.) Leikki- iässä, eli noin 3–5-vuotiaana, masennus näkyy taas motorisena levottomuutena, alavireisyytenä sekä ärtyneisyytenä. Lapsi ei jaksa leikkiä eikä olla sosiaalisissa kontakteissa muiden lasten kanssa. Leikissä näkyvät synkät ajatukset, kuolema sekä aggressiivisuus. (Kurvinen 2007, 299.) Alakouluikäisen lapsen masennus johtaa yleensä negatiivisen palautteen kierteseen. Tämä johtuu lapsen väsymyksestä, heikkenevistä kouluarvosanoista sekä heikoista sosiaalisista taidoista. (Eirola ym. 2004, 116).

Lapsen masennuksen syyt ovat moninaiset. Ajatellaan kuitenkin että erilaisilla psykososiaalisilla tekijöillä, kuten traumailla ja menetyksillä, on altistava vaikutus lapsen masennukselle. (Kurvinen 2007, 299.) Muina altistavina tekijöinä pidetään esimerkiksi vanhemman poissaoloa kotoa, perheväkivaltaa, vanhempien päihteidenkäyttöä sekä esimerkiksi lapsen vakavaa sairastumista (Eirola ym. 2004, 116). Lapsi ei kovin hyvin kestä pitkäaikaista kipua, joten kivulias vamma tai sairaus on riski sairastua masennukseen. Myös kaamosmasennus voi ilmetä jo lapsuudessa. (Eirola ym. 2004, 118.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mieliala vaihtelee masentuneisuuden ja manian välillä. Maniavaiheeseen lapsella kuuluu ärtyneisyys, keskittymisvaikeudet ja usein tuhoiset teemat leikeissä. Oireet maniassa ovat samantapaisia kuin tarkkaavaisuushäiriössä. (Eirola ym. 2004, 119.)

### 2.2.7 Syömishäiriöt

Syömishäiriöihin kuuluvat lihavuus, valikoiva syöminen, laihuushäiriö sekä ahmimishäiriö. Lihavuus johtuu liiallisesta syömisestä ja altistaa masennukselle sekä aikuisiällä alkaville sairauksille, kuten diabetekselle. Valikoiva syöminen on

myös joskus oire masennuksesta. Se saattaa myös olla osa perheen sisäistä vallankäyttöä tai vuorovaikutushäiriötä.

Laihuushäiriö, anorexia nervosa, saa normaalipainoisen lapsen ajattelemaan, että hän on liian lihava. Tämä johtaa laihduttamiseen ruokavalion karsimisella sekä liikunnan lisäämisellä. Tyypillistä on ruuan piilottelu ja oksenteleminen. Lapsi on ärtynyt, masentunut ja ahdistunut. Hänellä saattaa olla myös itsetuhoisia ajatuksia sekä psykoottista ahdistuneisuutta. Hoito koostuu keskustelutapaamisista sekä painon nostamisesta. Tämä toteutetaan avoterveydenhuollossa tai osastohoidossa, mikäli lapsen kunto niin vaatii. (Eirola ym. 2004, 103–104.)

Ahmimishäiriön, bulimia nervosan, oireena on suurien ruokamäärien syöminen toistuvasti sekä jatkuva syömisen ja ruuan ajattelu. Lihottavaa vaikutusta kumotaan oksentamalla, syömättömyydellä tai esimerkiksi ulostuslääkkeillä. Syynä voi olla heikosti jäsentynyt minäkuva ja tarve kontrolloida itseä. Ahmimishäiriöön liittyy masennusta ja ahdistuneisuutta. Kaikissa syömishäiriöissä on tärkeää yhteistyö hoitavien tahojen sekä perheen välillä. (Friis ym. 2004, 104–105.)

### 2.2.8 Psykosomaattiset oireet

Lapsille ominaista on, että psyykkisen stressin yhteydessä esiintyy psykosomaattista oireilua. Tällaisia oireita ovat muun muassa vatsahaava, suolistoivat, päänsärky sekä verenpaineen kohoaminen (Koppeli 2004, 306). Somaattisesti ilmeneviä psyykkisiä oireita ovat yleisesti myös kastelu, syömishäiriöt ja uniongelmat.

Uniongelmien hoitoon liittyykin tarkka perhetilanteen selvittely, sillä niiden taustalla on monesti päivän stressiä ja dramatiikkaa. Pienemmällä lapsella hoito painottuu vuorovaikutuksen hoitoon ja isommalla lapsella taas unihäiriötä aiheuttavan häiriön hoitoon. Tyypillisesti tällainen häiriö voi olla esimerkiksi masennus, joka aiheuttaa unen katkonaisuutta ja nukahtamisvaikeuksia. Uni ei myöskään virkistä toivotulla tavalla, vaikka lapsi nukkuisi pitkiä aikoja. Psykoottiset

tilat puolestaan aiheuttavat painajaisia. Lisääntyneen vireystilan aiheuttamat nukahtamisongelmat sekä painajaiset johtuvat taas yleensä post-traumaattisesta stressireaktiosta. Iltaan liittyvät rituaalit ja toistopakot saattavat puolestaan siirtää nukkumaanmenoa pitkiäkin aikoja. Tämä on tyypillistä pakko-oireisessa häiriössä. (Eirola ym. 2004, 98.)

Kastelu on oire, jota kouluikäiset pitävät itsearvioituna erittäin kiusallisena. Lapsi oppii kuivaksi yleensä 2–4-vuotiaana mutta yksilölliset vaihtelut ovat suuria. Koulun alkaessa vielä noin 10 prosenttia lapsista kastelee, mutta tällöin yökastelu on päiväkastelua yleisempää. (Koistinen 2004, 308.) Yksittäisten vahinkojen sattuminen on normaalia kuuteen ikävuoteen saakka (Eirola ym. 2004, 99). Kastelu voi johtua elimellisistä tai psyykkisistä syistä (Kurvinen ym. 2007, 311). Silloin kun pitkään kuivana pysynyt lapsi alkaa kastella uudestaan, voidaan miettiä ovatko syyt psyykkisiä (Koppeli 2004, 308). Esimerkiksi traumaattiset elämäntapahtumat, stressi tai perheen sisäiset ristiriidat voivat johtaa kasteluun. Mikäli kastelu liittyy johonkin muuhun lastenpsykiatriseen häiriöön, on sen hoito tarpeen. (Eirola ym. 2004, 100.) Yökastelijoilla on usein huono itsetunto, ja lapsi saattaa joutua helposti pilkan kohteeksi kaverien keskuudessa. Yleensä kun kastelu hoidetaan, lapsen itsetunto ja vointi paranevat. (Kurvinen ym. 2007, 312.)

### 3 LASTEN MIELENTERVEYSTYÖ

#### 3.1 Hoitopolun käsite

Tavoitteena sujuva, laadukas ja tehokas hoito!

Edellä on Matti Nuutisen (2000, 1826) näkemys hoitoketjujen luomisen tarkoituksesta. Hoito- ja palveluketjua tutkittaessa löytyi paljon käsitteitä, joita käytetään osittain synonyymeina toisilleen. Pönkkö (2005, 40) sanookin tutkimuksessaan lasten- ja nuortenpsykiatrian hoitoketjuista, että hoidon kokonaisjärjestelyjen kuvaamisessa on käsitteistö sekä suomen- että englanninkielisessä kirjallisuudessa vielä vakiintumatonta. Kaikilla näillä käsitteillä on kuitenkin yhteinen päämäärä, jolla pyritään vaikuttamaan siihen, että potilaan hoito olisi mahdollisimman laadukasta ja saumatonta. Tässä tutkimuksessa käytetään hoitopolun ja –ketjun käsitteitä. Koska kirjallisuudessa esiintyy paljon hoitoketjun käsitettä, emme kokeneet järkeväksi käyttää vain hoitopolku-termiä, vaikka niiden käyttö-tavoissa ei olekaan juuri eroja.

Hoitoketju on sairaanhoitopiirin tekemä kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta. Lääketieteellisenä perustana tulisi aina olla valtakunnallinen hoitosuositus, vaikka hoitoketju sovelletaan alueellisiin toimintaedellytyksiin ja –rakenteisiin, esimerkiksi kuntien yksilöllisiin ratkaisuihin sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Onnistunut hoidon porrastus on laadun edellytys. Hoitoketjun diagnosikohtaisen suunnitelman tavoitteena on työnjaon selkeyttäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä laadukkaan hoitokokonaisuuden luominen, joka huomioi myös erikoissairaanhoidon sisäisen työnjaon aluesairaalan, keskussairaalan ja yliopistosairaalan kesken. Onnistuneessa hoito- ja palveluketjussa resurssit on hyödynnetty tehokkaasti, ja potilas on tullut hoidettua näyttöön perustuvasti oikeaan aikaan oikeassa paikassa. (Nuutinen 2000, 1821–1822.)

Päivittäisessä työssä hoitoketju-nimitystä käytetään puhuttaessa työnjaosta potilaan hoidossa (Nuutinen 2000, 1822); tämä merkitys tulee lähelle myös hoitopolkua, jonka käsite sopii hyvin kuvaamaan potilaan saamia terveys- ja sosiaalipalveluita eri hoitavissa tahoissa. Yksittäisen potilaan hoitopolun yksityiskohdainen kuvaaminen voi toimia myös laajemman hoitoketjun luomisen perustana. Palveluketju-käsitettä käytetään usein silloin, jos sosiaalitoimi on myös hoitoketjussa mukana (Nuutinen 2000, 1822–1823).

Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden tutkimisketju kulkee usein lähiyhteisöjen ammattilaisten - päivähoidon, koulun ja sosiaalitoimen - kautta terveyskeskuksen eli lastenneuvolaan, kouluterveydenhuoltoon ja/tai vastaanottotoimintaan ja sieltä edelleen lasten- tai nuortenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon, jossa tehdään hoitosuunnitelma, määritetään diagnoosi ja arvioidaan hoidon tarve. Hoito jatkuu usein perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon seurattessa kuntoutumista ja antaessa esimerkiksi konsultointiapua. (Piha; Puura 2004, 380–381.)

Hoitoketjun käsitettä on tässä opinnäytetyössä käytetty siinä tapauksessa, jos alkuperäisessä lähteessä puhutaan vain hoitoketjuista, vaikka sanan merkitys vastaisikin suurelta osin hoitopolun käsitettä. Hoitopolkuun olemme siis sisällyttäneet sekä terveys- että sosiaalipalveluiden käytön.

### 3.2 Varhainen puuttuminen osana hoitopolkua

Kansainvälisessä keskustelussa varhaista puuttumista kuvattaessa käytetään termiä *early intervention*. Tällä tarkoitetaan tuen tarpeen havaitsemista, arviointia ja järjestämistä. Useissa Euroopan maissa tätä termiä käytetään myös, kun tavoitteena on saada lapsi tarvittavien palveluiden piiriin. Näissä maissa ei ole käytössä kattavaa neuvola- ja päivähoitotoimintaa. Suomessa lastenneuvola sekä julkinen päivähoito ovat olennaisia varhaisen puuttumisen ympäristöjä, jotka tavoittavat suurimman osan suomalaisista lapsista. Lapsen keskeinen kasvuympäristö on koti, mutta lapsen kehityksen häiriöissä varhainen puuttumi-

nen tapahtuu usein myös kodin ulkopuolella esimerkiksi päiväkodissa tai koulussa. (Heinämäki 2005, 13–15.)

Lasten psyykkiset häiriöt tarvitsevat varhain riittävää ja asianmukaista hoitoa. Lisäksi varhain alkavat häiriöt ovat uhkatekijöitä lapsen psyykkiselle, emotionaalille, älylliselle sekä sosiaaliselle kehitykselle. Räsänen ja Tamminen (2004, 373) tuovat esiin, että lasten ja nuorten psyykkiset häiriöt ja niiden seuraukset ovat suuri kansanterveydellinen ongelma. Ehkäisevä mielenterveystyö on tuloksellisinta silloin, kun se kohdistuu perheen elämän luonnollisiin käännekohtiin. Näitä ovat muun muassa raskausaika, lapsen syntyminen, kouluunmeno, murrosikä ja koulun loppuminen.

Johanna Moilasan (2000, 91) tutkimuksessa lasten ja nuorten hoitopoluista ilmenee, että vanhemmat toivoisivat lastensa hoitoon yhtä vastuunkantajaa, joka on tietoinen lapsen asioista koko hoito- ja palveluketjun ajan. Tämä koettiin tärkeäksi erityisesti silloin, kun palveluketju on ollut pitkä. Monet asiakkaat pitivät eri ammattilaisten ja työpisteiden työn- ja vastuunjakoa epäselvänä, kun taas työntekijöiden mielestä tämä oli pääsääntöisesti selkeää.

se on paha kun ihmiset muuttuu, et meilläkin on lääkäri muuttunut ja kaikkee.. niin niiden puhumiseen menee kauheasti aikaa ja samojen asioiden veivaamiseen, ja itse asiaan pääseminen vie kauheasti aikaa.

Tuntuu että jos olis sama lääkäri ja sama henkilökunta alusta lähtien, niin se olis tietysti ihanne [...]

### 3.3 Lasten mielenterveydenhoitoa säätelevät lait

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysministeriössä suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus voi mahdollisesti tulevaisuudessa muuttaa sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä radikaalistikin, mutta se jää nähtäväksi. Nykyisellään lasten mielenterveydenhoito on lain mukaan pääperiaatteiltaan järjestettävä seuraavasti:



Lasten mielenterveyden hoitoa koskevat lait ovat suurelta osin samoja kuin aikuisväestöä koskevat laitkin. Uusi terveydenhuoltolaki ja vuoden 1990 mielenterveyslaki ovat mielenterveystyön peruslakeja. Myös kansanterveyslaki (1972) on terveydenhuollon perustavimpia lakeja, sillä siinä määritellään kunnan velvollisuuksiksi muun muassa terveysneuvonnan ylläpitäminen, kouluterveydenhuollon ylläpitäminen ja kunnan asukkaiden sairaanhoidon järjestäminen, kuten esimerkiksi lääkärin tutkimukset ja hoidollinen ja lääkinnällinen kuntoutus (Kansanterveyslaki 1972, 19 §). Kunta voi kuitenkin järjestää lasten ja nuorten mielenterveystyötä joko kansanterveystyönä tai painottuen sosiaalihuoltoon. Ennen painotus oli sosiaalihuollon puolella esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvonnan vuoksi, mutta nykyään selvä suuntaus on järjestää mielenterveyspalveluita kansanterveystyönä terveysasemilla. (Piha 2004, 379a; sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Mieli 2009-julkaisu.)

Erikoissairaanhoidon järjestävät uuden terveydenhuoltolain mukaan erityisvastualueen sairaanhoitopiirit (Uusi terveydenhuoltolaki 2010/1326, 43 §). Saman lain 53 §:ssä säädetään lasten ja nuorten hoitoon pääsystä mielenterveyspalveluissa. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon yksikköön. Jos lapsi tai nuori tarvitsee erikoislääkärin arviota tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on ne toteutettava kuuden viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Alle 23-vuotiaiden tulisi päästä tarpeelliseksi todettuun, ei-kiireelliseen hoitoon kolmen kuukauden kuluessa elleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut seikat edellytä muuta. Kolmen viikon aikaraja hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoon pääseminen viimeistään kolmen kuukauden kuluessa on myös vuoden 2001 alusta voimaan tullessa lasten- ja nuortenpsykiatrian hoitotakuussa, joka koskee erikoissairaanhoidon hoitoa. Hoitotakuun avulla on yritetty vaikuttaa lasten- ja nuorisopsykiatrian pitkiin tutkimus- ja hoitajonoihin erikoissairaanhoidossa. (Piha 2004b, 388–390).

Mielenterveystyön järjestäminen on kunnan tai yhteistoiminta-alueen vastuulla. Mielenterveystyöhön kuuluvat muun muassa mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvät ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. Mielenterveyspalvelut ovat mielenterveyden-

häiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskevia. Uusi terveydenhuoltolaki korostaa myös terveyden edistämistä. (Uusi terveydenhuoltolaki 2010/1326, 27 §.) Eri tahojen toteuttamien lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden (erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirien, kansanterveystyön terveysasemilla ja kunnallisen sosiaalihuollon) tulee kuitenkin muodostaa toiminnallinen kokonaisuus (Piha 2004c, 386).

Myös lastensuojelulaki on tärkeä lasten oikeuksien kannalta; sillä pyritään turvaamaan hyvä kasvuympäristö ja lapsen kehitys sekä lapsen etusija erityiseen suojeluun. Lapsi on otettava huostaan, jos kodin olosuhteet vaarantavat lapsen terveyden tai kehityksen, tai jos lapsi vaarantaa oman terveytensä tai kehityksensä vakavasti esimerkiksi päihteitä käyttämällä. Sijaishuollon tulee olla lapsen edun mukaista, ja siihen ryhdytään jos avohuollon tukitoimet eivät ole riittäviä. Lastensuojelu tarkoittaa siis myös avohuollon tukitoimia. (Moilanen & Kaivosoja 2004, 393.) Lastensuojelulain mukaan on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla ilmoitusvelvollisuus, jos lapsi on lastensuojelun tarpeessa. Myös koulu- toimella, poliisitoimella ja seurakunnan palveluksessa tai luottamustoimessa oleva on tointa hoitaessaan velvollinen tekemään ilmoituksen, jos tarve on ilmeinen, kun taas muut henkilöt voivat tehdä ilmoituksen, vaikka eivät ole siihen velvollisia. (Kaivosoja 2004, 448.)

### 3.4 Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut

Perusterveydenhuollon lastenpsykiatrian piiriin kuuluvat lasten ja perheiden mielenterveyden edistäminen, psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisy ja tunnistaminen sekä lievien häiriöiden hoito, kuntoutus ja seuranta. Toimintaa toteutetaan äitiys- ja lastenneuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja polikliinisella vastaanottotoiminnalla. Joissain kunnissa myös perheneuvolapalvelut kuuluvat palvelutarjontaan, ja ne on voitu järjestää sosiaalitoimessa tai terveystoimessa tai niiden yhdistelmänä. Kunta voi saada perheneuvolan palveluita myös sen ulkopuolella olevasta perheneuvolasta. Perheneuvoloita on kuitenkin yhdistetty esimerkiksi terveyskeskuksiin, joten erillisinä toimintamuotoina ne ovat vähentyneet erityisesti 1990-luvun laman ja rakennemuutosten seurauksena; muutokset

ovat vaikeuttaneet työnjakoa ja toimintajärjestelmän porrastusta. (Piha 2004c, 384–385.) Lasten mielenterveyshäiriöiden tehokas hoito vaatii perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, koulutoimen sekä erikoissairaanhoidon toimivaa yhteistyötä koko perheen hyvinvoinnin turvaamiseksi (Puura 2004, 381).

Jo äitiysneuvolassa aloitetaan ennaltaehkäisevä toiminta, kun äitiä kannustetaan terveellisiin elämäntapoihin ja valmistellaan tulevaan äitiyteen. Lastenpsykiatria alkaa jo pikkulapsipsykiatriasta, jonka alalla useat eri toimijat voivat vaikuttaa vauvan ja perheen hyvinvointiin. Varhainen äitiyden ja varhaislapsuuden vuorovaikutus onkin nopeasti kasvava osa-alue pienten lasten kohdalla. (Tammisen 2004, 397.) Lastenneuvolassa pyritään tunnistamaan lasten psyykkisiä häiriöitä sekä ehkäisemään niitä ikäkausitarkastusten yhteydessä: Vanhemmista 95 % hyväksyy neuvolapalvelut, joten palveluiden peittävyys on todella hyvä. Käyntien aikana havainnoidaan lapsen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta ja selvitetään kasvaako lapsi ikätasoisesti. Myös vanhempien elämäntilanne huomioidaan, jotta voitaisiin ehkäistä esimerkiksi vanhemman terveydentilan aiheuttamien ongelmien vaikutusta perheeseen. Jos lapsen kehitysvaiheen ongelmat eivät ole lieviä tai perhetilanteessa esiintyy esimerkiksi vanhemmuuden ongelmia ja lapsen tarpeisiin ei voida riittävästi vastata, lisätukea voidaan etsiä esimerkiksi sosiaalitoimesta tai erikoissairaanhoidon palveluista. Neuvolassa tarjotaan myös alle kouluikäisten psykiatrinen hoitoa ja seurantaa. (Puura 2004, 381–382.)

Keskeistä lasten ja nuorten ongelmien havaitsemisessa on heidän lähiympäristönsä eli koulun ja päiväkodin ammattilaisten varhainen puuttuminen tilanteisiin. Ongelmana on, että päivähoito- ja neuvolatoiminta eivät ole samalla tavalla yhteydessä toisiinsa kuin koulu ja kouluterveydenhuolto. (Piha 2004a, 380.) Yleisimmin kouluterveydenhuollossa toimivat kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin vastaanotto, koulupsykologi ja oppilashuoltoryhmä. Oppilaille tehtävissä terveystarkastuksissa pyritään löytämään ne lapset, joilla on riski sairastua mielenterveyshäiriöihin ja tarpeen vaatiessa otetaan ensin yhteyttä kotiin ja mietitään riittävätkö perustason toimet esimerkiksi kouluterveydenhoidossa. (Puura 2004, 382.)

Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle hakeudutaan, kun vanhemmat havaitsevat lapsella tunne- ja käytöshäiriöitä. Tällöin lääkäri somaattisen tutkimuksen lisäksi havainnoi, kuinka kiireellinen tilanne on, mikä on perheen tilanne ja minne lapsi tulisi ohjata jatkotutkimuksiin, eli tarvitaanko lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon tutkimuksia. Yksi avunsaannin mahdollisuus ovat sosiaalihuollon järjestämät kasvatus- ja perheneuvonnan palvelut. Siellä tarjotaan asiantuntija-apua perhe-elämään ja lapsen kasvatukseen. Vaikeissa tilanteissa kuten itsetuhoisen lapsen kohdalla ohjataan perhe lasten- tai nuortenpsykiatriseen päivystykseen. Lastensuojelutyöntekijät tekevät lääkärin kanssa yhteistyötä, jos on syytä epäillä lapsen laiminlyömistä tai perheväkivaltaa. (Piha 2004c; Puura 2004, 383–384.)

### 3.5 Erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut

Lastenpsykiatria on oma lääketieteen erikoisalansa ja nuorisopsykiatria oman. Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon järjestämistä varten. Kaikissa näissä on lasten- ja nuortenpsykiatrian avohoitoyksikkö, mutta lastenpsykiatrian osasto puuttuu kolmesta sairaanhoitopiiristä. Melkein kaikissa sairaanhoitopiireissä lasten - ja nuortenpsykiatrian erikoissairaanhoidon on keskitetty keskussairaaloihin. (Piha 2004c, 386.) Erikoissairaanhoidon tulee järjestää perusterveydenhuollon kanssa toiminnallisena kokonaisuutena. Erikoissairaanhoidon palvelut yhteen sovitetaan väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa niistä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326, 33 §.) Erikoissairaanhoidon eroaa kuitenkin laajemmalla ja monipuolisemmalla menetelmävalikoimalla perusterveydenhuollosta: mahdollisuuksien mukaan erikoissairaanhoidon olisi hyvä vastata esimerkiksi nopeasta diagnostiikasta sekä hoidon ja kuntoutuksen seurannasta ja suunnittelusta (Piha 2004b, 387).

Avohoidon lisäksi erikoissairaanhoidon palveluissa järjestetään lastenpsykiatrista osastohoitoa, vaikka erityisesti avohoidon ja vuodeosastohoidon välinen ero on jossain määrin häviämässä uusien hoitomenetelmien myötä. Esimerkiksi päivä- ja kotisairaalahoidon ovat edellisten välimaastossa. Lasten- ja nuorisopsy-

kiatrian osastohoidossa on noin 600 sairaansijaa, joista hieman alle puolet on lastenpsykiatrisia. Osastohoito on joko päiväsairaalahoidoa, viikko-osastohoitoa tai jatkuvaa osastohoitoa. Osastoilla on 6-10 sairaansijaa, joissa toteutetaan sekä lyhytaikaisia 4-8 viikon pituisia tutkimuksia että pitkäaikaisia hoitoja. (Piha 2004b, 388.) Useat eri lapsen elämää koskevat kriisit saattavat johtaa väliaikaiseen osastohoitoon turvautumiseen. Yleensä kuitenkin koko perhe saattaa olla moniongelmainen eivätkä voimat riitä häiriintyneen lapsen auttamiseen. Perhekeskeinen viitekehys onkin tärkeä lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä aikuispsykiatrian työyhteyksille. (Piha 2004b, 389–390.)

### 3.6 Sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut

Lastensuojelussa on useita eri työmenetelmiä. Vuonna 2002 lastensuojelun piirissä oli lähes 55 000 lasta: kodin ulkopuolelle sijoitettuja oli noin 14 000 lasta, 8 000 lasta laitoksissa ja 6 000 lasta perhehoidossa. ”Perhe- ja yksilökohtaista lastensuojelua ovat avohuollon tukitoimet, huostaanotto ja sijaishuolto sekä jälkihuolto.” (Moilanen & Kaivosoja 2004, 392–393.)

Vuonna 2010 lastensuojelun tilastoissa on huomattavaa kasvua 2000-luvun alkuun. Lastensuojeluilmoituksia tehtiin tuolloin 88 347. ”Lastensuojelun sosiaaliryöön asiakkaana ja avohuollollisten tukitoimien piirissä oli yhteensä yli 78 500 lasta ja nuorta. Tämä on 11 prosenttia enemmän kuin vuonna 2009.” ([www.sosiaaliporrtti.fi](http://www.sosiaaliporrtti.fi))

Avohuoltoa pidetään ensisijaisena: esimerkiksi tukihenkilö tai – perhe ja riittävät terapiapalvelut lapsen koulunkäynnin tukemisen lisäksi saattavat riittää perheen kriisissä. Myös tilapäinen perhe- tai laitoshuolto voi olla avohoidon toimenpiteenä. (Moilanen ym. 2004, 393.) Avohuollossa lastensuojelua voidaan toteuttaa sijaishuollon vaihtoehtona esimerkiksi perhehoidossa, jossa lapsi sijoitetaan perheen jäseneksi perhehoitolain mukaan. Ammatillisia perhekoteja on sekä järjestöillä, kunnallisina että yritysmuotoisina. Niissä on lasten kanssa asuvan perheen lisäksi ammatillista henkilöstöä. (Moilanen ym. 2004, 395.) Erikoissairaanhoidon laitoshoidon puolella on kyse lastenkodeista, erikoislastenkodeista,

nuorisokodeista ja koulukodeista. Sijaishuolto taas tarkoittaa lapsen huostaan ottamista uuteen kotiin (Moilanen ym. 2004, 395–396).

### 3.7 Yhdistysten ja yksityisen sektorin mielenterveyspalvelut

Myös kansalaisjärjestöt ja vapaaehtoistoiminta ovat esimerkkejä julkisen palvelujärjestelmän rinnalla toimivista tahoista: esimerkiksi ensi- ja turvakotien liitto tekee varhaiseen puuttumiseen liittyvää työtä muun muassa synnytyksen jälkeisen masennuksen ja päihdeäitien kanssa. (Tamminen 2004, 397.)

Helsinki avustaa mielenterveystyötä tekeviä järjestöjä ja ostaa myös niiltä palveluja. Avustettavista järjestöistä palvelutoiminnan kannalta merkittävä on muun muassa Suomen mielenterveysseura. Suomen mielenterveysseuran lisäksi koko Suomen alueella toimivat ainakin Mielenterveyden keskusliitto, Lastensuojelun keskusliitto, Pelastakaa Lapset ry., ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Myös Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:llä on lapsille suunnattua toimintaa. Järjestöjä emme kuitenkaan selvittäneet kattavasti tähän opinnäytetyöhön. (Helsingin mielenterveysohjelma 2003.) Helsingissä mielenterveyspalvelut on järjestölinkkeineen koottu Helsingin mielenterveyspalvelujen oppaaseen (päivitetty 2011), joka löytyy internetistä.

### 3.8 Helsingin kaupungin projektit osana mielenterveyspalveluita

#### 3.8.1 Liikkuva lastenpsykiatrinen tiimi

Liikkuva lastenpsykiatrinen tiimi -projekti on hyvä esimerkki Helsingissä toteutetuista joustavista palveluista. Projekti oli tarkoitettu uudenlaisen työmuodon käynnistämisen kokeiluksi Helsingin kaakkoisen sosiaalikeskuksen alueella vuonna 2000. Tässä työmuodossa kolmen ammattilaisen tiimi työskentelee liikkuvana, matalankynnyksen lastenpsykiatrisena palveluna lapsille, jotka ovat jääneet vaille tutkimusta ja/tai hoitoa (Kitti, Kokko & Väkeväinen 2000, 2). Tii-

miin kuuluvat psykologi-perheterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Liikkuvan lastenpsykiatrisen tiimin työskentely on terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välimaastossa, lähellä perheneuvolan toimintaa. Sen tarkoitus on löytää perheet, joilla on liian suuri kynnyks hakeutua perheneuvolan palvelujen piiriin. (Kitti ym. 2000, 17.)

Tämä projekti tavoitti muuten tavoittamattomia lapsia ja perheitä ennen kaikkea liikkuvuutensa ansiosta. Työskentely tapahtui lapsen elinpiirissä eli esimerkiksi kotona, päivähoitossa tai koulussa. Tiimi oli myös valmis nopeasti ja joustavasti antamaan apua lasten psyykkisiin ongelmiin. (Kitti ym. 2000, 3.) Luottamuksellinen kontakti perheeseen luotiin sillä, että heille annettiin ensimmäisessä tapaamisessa mahdollisuus päättää missä tapaaminen järjestettiin, ja ketkä siihen osallistuivat (Kitti ym. 2000, 12).

Ongelmana hoidon saamiselle on saattanut olla se, että perheitä joissa esiintyy jo syrjäytymistä, on vaikea auttaa perinteisillä menetelmillä. He eivät välttämättä saa apua keskusteluun pohjautuvasta terapiasta, jossa vaaditaan kykyä sisäisen maailman analysointiin. Tämän tyyppiset perheet eivät helposti hakeudu hoitoon, vaikka ongelmat olisivatkin suuria. Varattuja aikoja myös perutaan paljon ja poisjäämisiä on runsaasti. Lasten mielenterveysongelmien yhteydessä tulee ilmi vanhemmuuden haavoittuminen, joka johtuu työpainotteisesta elämästä tai työttömyydestä. Samoin perheille ominaista on ystävien ja sukulaisten puute. (Kitti ym. 2000, 2-3.)

Hankkeessa tulee ilmi, että lähes puolet (9) osallistuvista perheistä oli yrittänyt jo aikaisemmin saada apua oirehtivalle lapselleen tai tämän sisarukselle. Useimmiten yhteyttä oli otettu perheneuvolaan. Perheneuvolasta siirrettiin liikkuvan tiimin asiakkaaksi muun muassa seuraavista syistä: perheessä oli useampi oirehtiva lapsi, esiintyi kotikäyntien tarvetta, vanhempien vastustusta lapsen hoitoon saamisesta tai lapsi vastusti vastaanotolle lähtemistä. (Kitti ym. 2000, 13.)

Hankkeen raportoijat ovat sitä mieltä, että vaikeasti tavoitettavilla lapsilla ja heidän perheillään tulisi olla yksi ihminen, joka koordinoisi heidän asioitaan ja toi-

misi vanhemmuuden tukijana lapsen asioissa. Aineistossa tuli myös ilmi, että yli puolessa perheistä vanhemmilla oli psyykkisiä ongelmia. Näin ollen työ tehostuisi, jos tiimiin kuuluisi perheterapiaan perehtynyt aikuispsykiatri, joka työllään toimisi lapsen eduksi. (Kitti ym. 2000, 29.)

### 3.8.2 Varhaiskasvatuksen piirissä olevat projektit

Toinen varhaisen puuttumisen kannalta oleellinen esimerkkiprojekti on ”Perhetyö ja puheeksiottaminen päivähoidossa” -projekti. Tämä on osa Helsingin tiettyillä alueilla toteutettua ennaltaehkäisevää varhaisen tuen hanketta, joka on järjestetty vuosina 2001–2004. Projekti toteutettiin kolmessa helsinkiläisessä päiväkodissa. (Monto & Simojoki-Tavi 2005, 7.)

Tavoitteet projektille olivat moniammatillisen työskentelyn parantaminen, kohtaavan vuorovaikutuksen kehittäminen vanhempien ja työntekijöiden välille sekä lapsen varhaisen tuen havainnoinnin parantaminen. Hankeen ajaksi päiväkotipiirissä palkattiin perhetyöntekijä ja Liinakkaan lastentarhanopettaja lisäresurssiksi. Tämä oli välttämätöntä projektin toteutumiselle, sillä työntekijät kokivat työaikansa menevän perustyöhön lapsiryhmän kanssa, jolloin heille ei jäänyt aikaa lapsen havainnointiin, dokumentointiin tai yhteistyöhön muiden tahojen kanssa. (Monto 2005, 8.)

Hankkeen yksi keskeinen tavoite oli työntekijöiden kannustaminen lapsen tuen tarpeen tunnistamiseen riittävän varhain. Tehokkaimmiksi varhaisen tuen keinoiksi lapsiryhmässä huomattiin lapsen yksilölliseen kohtaamiseen panostaminen sekä pienryhmätyöskentely. Nämä kummatkin ovat mahdollisia perustilanteiden puitteissa, joten niitä tulisi käyttää hyödyksi jotta lapsi tulisi kohdattua yksilöllisesti. (Monto 2005, 22, 29.)

Päiväkotien työntekijöiden tarpeesta nousi myös tavoite vanhempien kanssa tehtävän työn syventämiseen. Työntekijöillä oli tunne, että he tarvitsevat tukea ja rohkaisua vanhempien kohtaamisiin sekä asioiden eteenpäin viemiseen. (Monto 2005, 8.) Keinoja vuorovaikutuksen parantamiseksi olivat vuoropuhelu



vanhempien kanssa, vanhempien aktiivinen kuuntelu, työntekijän rohkaiseminen asioiden puheeksiottamiselle sekä työntekijän kyky hakea konsultatiivista tukea riittävän ajoissa (Monto 2005, 14). Työntekijät kokivat, että projektin aikana tieto ja tietoisuus puheeksiottamisen merkityksestä varhaisen puuttumisen välineenä lisääntyi. He saivat käytännön neuvoja, kuinka ottaa vaikeatkin asiat puheeksi vanhempien kanssa riittävän varhaisessa vaiheessa. (Monto 2005, 23.)

Lapsen hyvinvointi on kiinni häntä ympäröivistä aikuisista, minkä vuoksi vanhempien ja päiväkodin työntekijöiden kasvatuskumppanuus on tärkeää. Näin ollen vanhemmuutta on tuettava. (Monto 2005, 30.) Tähän keinona olivat esimerkiksi päiväkodissa järjestettävät vanhempien kahvitukset. Nämä koettiin tärkeäksi matalankynnyksen toiminnaksi, jossa sai vertaistukea. Myös perhetyöntekijän tapaamisista vanhemmat kokivat saavansa apua ja tukea haastaviin tilanteisiin. Päiväkodin toiminnan lomassa tarjottu tuki oli vanhemmille mieluista, sillä he kokivat, ettei se ole leimaavaa, ja vanhemmat saavat itse määritellä milloin hakevat tukea. (Monto 2005, 24; 31.)

Yhteenvetona projektille voidaan sanoa, että työntekijät tarvitsevat haastavan työnsä keskellä konsultoivaa tukea sekä enemmän aikaa vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Asiakkaiden ja kaikkien työntekijöiden välille tulisi rakentaa kasvatuskumppanuuden ilmapiiri, joka takaisi lapsen hyvinvoinnin. (Monto 2005, 27.)

#### 4 KIRJALLISUUSKATSAUS AINEISTON KERUUMENETELMÄNÄ

Kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan koottua yhteen tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Sen avulla voidaan myös kartoittaa, miten paljon aiheeseen liittyviä tutkimuksia on olemassa ja millä menetelmillä aihetta on tutkittu. Sen vaiheet ovat tarkkaan määriteltyjä ja kirjattuja virheiden välttämiseksi ja toistettavuuden takaamiseksi. (Johansson 2007, 3, 5.) Sen vaiheet voidaan karkeasti jaotella kolmeen vaiheeseen: ”ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun, toinen vaihe katsauksen tekemisen hakuineen, analysointineen sekä synteeseineen ja kolmas vaihe katsauksen raportoinnin.” (Johansson 2007, 5.)

Ensimmäisessä vaiheessa kirjallisuuskatsausta määritellään sen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma, jossa ovat tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen valitaan menetelmät katsauksen tekoon: siinä on kyse esimerkiksi hakutermin ja poissulkemistermien valitsemisesta sekä tietokantojen valitsemisesta. Kirjallisuuskatsausta tekemään on hyvä valita vähintään kaksi tutkijaa, jotta aineiston valinta on kattavampaa ja analysoinnissa voidaan paremmin välttää virheitä vertailtaessa näkemyksiä. Toisessa vaiheessa hankitaan ja valitaan mukaan otettavat tutkimukset, analysoidaan ne tutkimuskysymysten avulla ja laadukaankaan perusteella ja sen jälkeen esitetään tulokset. (Johansson 2007, 6; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51.)

Opinnäytetyön tekijät olivat jo ensimmäisessä vaiheessa haastavan työn edessä, sillä meillä ei ollut kirjallisuuskatsauksen menetelmäosaamista muuten kuin kirjojen kautta. Pyysimme apua opettajilta ja kirjaston informaatikoilta hakutermin valitsemiseen ja tietokantojen käyttämiseen. Aineiston käsittelyssä etsimme sisällöllisiä yhteneväisyyksiä tutkimuskysymysten mukaisesti. Erityisesti kolmannessa eli viimeisessä vaiheessa kirjallisuuskatsausta teimme valinnan käsitellyn aineiston tuloksien yhdistämisestä ja raportoinnista, mihin on useita tapoja kirjallisuuskatsauksissa. (Johansson 2007, 7.)

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

### 5.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelma

Kirjallisuuskatsauksella selvitimme mistä näkökulmista ja miten varhaista puuttumista on aiemmin tutkittu (Sarajärvi & Tuomi 2009, 123). Haimme vastausta siihen, mitä varhainen puuttuminen tarkoittaa lasten hoito- ja palveluketjuissa. Tarkoituksena ei ollut tehdä laajaa kirjallisuuskatsausta, vaan valita aiheeseen sopivimmat tietokannat, hakusanat ja aineisto opinnäytetyön tarkoitus huomioiden. Tutkimusongelma oli seuraava:

- Mitä tarkoittaa varhainen puuttuminen lasten mielenterveyshäiriöiden kohdalla?

### 5.2 Laadullinen tutkimus

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka menetelmistä käytettiin tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsausta ja siihen liittyen sisällönanalyysin teemoittelua. Teimme myös haastattelun elävöittämään työtämme ja antamaan käytännön esimerkin lapsen toteutuneesta hoitopolusta. Haastateltavan vanhemman tutkimusympäristönä oli hänen kotinsa.

Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa useasta lähtökohdasta ja erilaisilla menetelmillä. Tässä opinnäytetyössä ei lähdetä siitä oletuksesta, että valmis teoria varhaisesta puuttumisesta lasten mielenterveystyössä tai hoitopoluissa olisi jo tehty yhtenäiseksi, koherentiksi käsitteiden järjestelmäksi. Jossain määrin on siis kyse siitä, että tällainen käsitteistö muodostunee opinnäytetyön vaatimassa laajuudessa tutkimusosion päätteeksi. Käytämme siis aineistoa, eli kirjallisuutta, internetiä ja haastattelua, teorian muodostamisen pohjana, sillä lähtötilanteessa teorian tietoa aiheesta ei löydy niin sanotusti yksistä kansista, eli teorian tieto on suunnitteluvaiheessa jossain määrin jäsentymätöntä. (Polit & Beck 2004, 29.) Laadullisessa tutkimuksessa teorioita luodaan tunnistamalla suhteita esiin tulevien kategorioiden välillä. Nämä uudet yhteydet kategorioiden välillä punovat

yhteen sirpalemaisista tiedon palasista, kun data on analysoitu. (Polit & Beck 2004, 35.)

Tutkimusongelmana on miten varhainen puuttuminen ilmenee lasten mielenterveyshäiriöissä. Kyse ei siis yksinomaan ole käytännön työmuodoista, joilla voidaan vaikuttaa hoitopolkuihin, eli siihen millä tavalla lapset pääsevät varhaisemmassa vaiheessa hoitoon, vaikka opinnäytetyön tekijät toivovat valittavan kirjallisuuden ja haastattelun antavan teoriatietoa myös tästä aiheen sovellettävyyden kannalta tärkeästä osa-alueesta. (Polit & Beck 2004, 31.) Muuttujien suhteen ongelmana on sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa se, että oikean metodin valitseminen muuttujien käsitteellistämiseksi on usein hankalaa. Esimerkiksi ahdistuneisuus voidaan määrittää sekä fysiologisenä että psykologisenä tilana riippuen siitä, kumpi määritelmä valitaan, ovat tutkimusmenetelmätkin erilaisia. Tässä opinnäytetyössä saadaan ennen kaikkea laadullista dataa, eli esimerkiksi kerronnallista informaatiota. (Polit & Beck 2004, 32–33;) Esimerkiksi varhaista puuttumista hoitopolussa voitaisiin kuitenkin tutkia myös esimerkiksi aika-analyysillä eri viiveistä hoitopoluissa jossain toisessa yhteydessä.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSOSION TOTEUTUS

### 6.1 Kirjallisuuden haku

Kirjallisuuden hakuprosessi toteutui kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa etsimme alan peruskirjallisuutta, josta saimme teoreettista pohjaa työhömme. Tämä toteutettiin vuoden 2011 syksyn ja vuoden 2012 kevään aikana alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Alun perin tarkoituksena ei ollut tehdä opinnäytetyötä kirjallisuuskatsauksena, vaan lastenpsykiatrisella osastolla toteutettavana tapaustutkimuksena lasten hoitokertomuksista. Hankkimamme kirjallisuuden alkuperäiseen opinnäytetyömme suunnitelmaan työstimme valmiin opinnäytetyön teoreettiseksi taustaksi lukuihin 2 ja 3.

Toisessa vaiheessa kirjallisuutta haettiin tutkimuskysymysten mukaisesti erilaisista tietokannoista sopivan aineiston löytämiseksi. Suunniteltuja hakusanoja olivat: hoitopolku, hoitoketju, varhainen puuttuminen, lasten mielenterveyshäiriöt. Hakusanojen valintaan vaikuttivat valittavat tietokannat, jotka ohjasivat toimivien hakusanojen valintaa. Opinnäytetyön tekijät perehtyivät esimerkiksi Medic-hakuohjelmaan ja Terveysportin aineistoihin sekä sosiaaliviraston ja sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuihin. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valitsimme Medic-tietokannan. Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikot auttoivat meitä tietokantoihin perehtymisessä.

Tarkoituksena oli etsiä pääosin suomenkielisiä lähteitä, sillä lasten mielenterveyspalvelut ovat kansallisesti järjestettyjä, vaikka kirjallisuuskatsauksessa löytyi myös englanninkielinen väitöskirja. Poissulkemiskriteereinä oli ikä (ei yli 14-vuotiaita kohderyhmänä) ja julkaisuvuosi (ei ennen vuotta 1990 julkaistuja artikkeleita). Poissulkemiskriteerit täydentyivät hakuprosessin aikana, sillä se miten tarkka rajaaminen haussa on tehtävä, on yhteydessä tutkitun aineiston laajuuteen. Käytännössä haun rajaaminen 14-vuotiaisiin ja sitä nuorempiin ei ollut yksinkertaista, sillä rajaaminen tapahtui aineiston sisällön perusteella, sillä yksi teksti koettiin hyödylliseksi, vaikka sen kohderyhmänä olivat 14-vuotiaat ja näin ollen jossain määrin veteen piirtyvä viiva lasten ja nuorten kohdalla tuli tässä

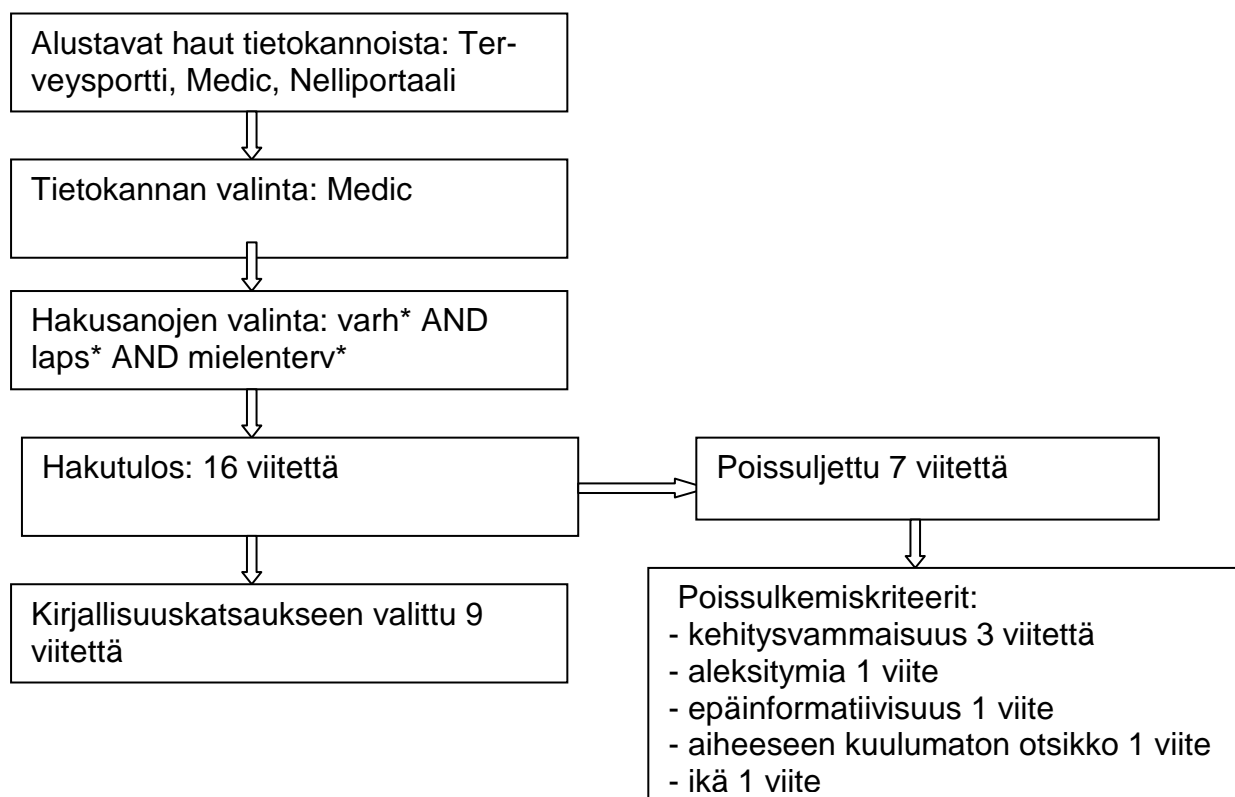
opinnäytetyössä tarkoittamaan 14-vuotiaita. Kirjallisuushaussa ei myöskään löytynyt ennen 2000-lukua julkaistuja tekstejä. Luotettavuuden vuoksi aineiston keruu tulee kirjata ylös niin hyvin, että katsauksen lukija pystyisi halutessaan tekemään saman haun ja saamaan samat haun lopputulokset. (Flinkman & Salanterä 2007, 88, 91.) Etukäteen opinnäytetyön tekijöillä ei ollut tietoa, ovatko lasten hoitopolku mielenterveyspalveluissa ja varhainen puuttuminen niissä laajalti tutkittuja entuudestaan.

Varsinaisen kirjallisuushaun toteutimme ensin Medic-tietokannassa. Hakuanoina olivat varh\* AND laps\* AND mielenterv\* ilman poissulkukriteerejä, jolloin saimme 16 tulosta. Näistä otsikoiden perusteella valitsimme yhteensä 9 tekstiä kirjallisuusanalyysiin, joista yksi on englanninkielinen väitöskirja, yksi on pro gradu, yksi on sosiaaliviraston selvitys ja loput ovat lehtiartikkeleita. Artikkeleita pois suljettiin otsikon perusteella seuraavasti: yksi artikkeli käsitteli sakko- vankeja, joten sen katsottiin menevän ohi aiheesta, kolme artikkelia käsitteli kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveysongelmia, jotka tässä yhteydessä rajattiin pois. Yksi lyhyt artikkeli koettiin epäinformatiiviseksi, vaikka se käsitteli opettajien keinoja lasten mielenterveyden edistämiseen, yksi artikkeli käsitteli aleksitymiaa mutta aleksitymian etiologiaa koskevat ristiriitaiset arviot ja toistaiseksi jossain määrin epäselvä yhteys mielenterveyshäiriöihin johtivat tekstin poissulkemiseen. Tämän lisäksi yksi artikkeli jäi pois kohderyhmän iän vuoksi: teksti käsitteli nuorten väkivaltaisuutta, mutta puhe oli yli 15-vuotiaista ja aikuisista.

Tähän tietokoneella Medic-tietokannasta toteutettuun hakuun liittyen teimme kirjallisuuskatsauksemme lisäksi myös manuaalisen haun sosiaaliviraston julkaisuihin, sillä kolme katsaukseen valittua tekstiä löytyi vain kirja- tai lehtimuodossa kirjastosta – saatavilla ei siis ollut nettiversiota – jolloin huomasimme, että sosiaalivirasto on julkaissut lukuisia selvityksiä varhaiseen puuttumiseen liittyen, jotka eivät olleet löytyneet kirjallisuuskatsauksen avulla. Tämän manuaalisen haun tulokset päätimme kuitenkin lopulta lisätä lukuun 3 kohtaan 3.8 kuvaamaan niitä varhaisen puuttumisen hankkeita, joita käytännössä on toteutettu. Näin lisäsimme kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, sillä manuaalisessa

haussa ei välttämättä olisi löytynyt kaikkia aiheen kannalta tärkeitä julkaisuja, jolloin haku olisi ollut valikoiva tai puutteellinen.

Kirjallisuushaku havainnollistettuna:



KUVIO 1.

## 6.2 Kirjallisuuskatsauksen teemoittelu sisällönanalyysissä

Kirjallisuuskatsauksessa valittujen tekstien ajatuksia tulisi tiivistää, mihin apuna voidaan käyttää sisällönanalyysia luokittelurungon laatimiseen teksteistä. Luokittelurunko auttaa tiivistämään esityksen. Luokittelurungon ei tarvitse välttämättä sisältää ala- ja yläkategorioita, vaan eri sisällönanalyysitavoissa voidaan valita eri tapoja analysoida aineistoa. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 123–124.)

Kirjallisuushaussa käytettävät käsitteet ovat samalla opinnäytetyön tärkeimpiä käsitteitä, joiden perusteella arvioidaan, onko kirjallisuuskatsauksessa tavoitettu oikeita ilmiöitä, eli onko varhainen puuttuminen tullut teksteistä esiin luotettavasti. Käsitteitä emme käyttäneet varsinaisesti mittareina kvantitatiivisessa mielessä vaan kuvaamassa laajemmin tutkimuskysymystä, eli sitä mitä varhaisesta

puuttumisesta on sanottu kunkin teeman kohdalla. (Metsämuuronen 2006, 36–37.) Tässä opinnäytetyössä valitsimme siis sisällönanalyysiin teemoittelun, jossa varhaista puuttumista koskevien ilmaisujen lukumäärillä ei ole merkitystä yhdessä tekstissä. Analyysiyksikkönä oli asiakokonaisuus. Aluksi luimme aineiston hyvin, tiivistimme tekstien sisällön ja etsimme teksteistä ryhmittelyjä, joiden perusteella muodostimme teemoja eli aiheita varhaisesta puuttumisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93–94.) Ennen aineiston käsittelyä oli vain varsin väljä teoreettinen viitekehys siitä, mitä ajattelimme varhaisen puuttumisen olevan, joten voidaan perustellusti sanoa, että opinnäytetyö oli enimmäkseen aineistolähtöistä sisällönanalyysia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–31).

### 6.3 Haastattelu-osio

Laadullista aineistoa voidaan hankkia esimerkiksi haastatteluilla, havainnoinnilla ja kirjallista materiaalia käyttäen. Opinnäytetyössä toteutettiin yksilöhaastattelu kasvoista kasvoihin. Haastateltavana oli mielenterveysongelmia sairastaneen lapsen vanhempi, ja haastattelu toteutettiin haastateltavan kodissa. Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluita voidaan toteuttaa strukturoituina, puolistrukturoituina tai avoimina. Opinnäytetyössämme kysymykset olivat etukäteen strukturoidut mutta vastaukset avoimia, ja ne nauhoitettiin. (Metsämuuronen 2006, 111–112.)

Haastattelu on ennalta suunniteltua, johdettua, motivoitua, se perustuu vuorovaikutukseen haastattelijan ja haastateltavan välillä ja on luottamuksellista (Metsämuuronen 2006, 113). Tässä opinnäytetyössä haastattelu toteutui josain määrin osallistuvana havainnointina, sillä haastattelijalla tunsin jonkin verran perheen tilannetta etukäteen. Se mahdollisti toisaalta luottamuksellisen kohtaamisen, mutta toisaalta haastattelijalla oli samalla myös toimijan roolissa, ei vain ulkopuolisena tarkkailijana. (Metsämuuronen 2006, 117.) Haastattelu litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi. Haastattelun aineistosta valitsimme parhaita esimerkkejä kuvaamaan ja elävöittämään varhaista puuttumista lapsen hoitopolussa. Lisäsimme haastattelun kokonaisuudessaan opinnäytetyön liitteet-osioon.



## 6.4 Aineisto

Tässä luvussa esitellään kirjallisuuskatsauksen aineisto taulukkomuodossa.

Medic-haku

Hakusanat: varh\* AND laps\* AND mielenterv\*

Tekstityyppi, sivumäärä, tekijät	Tekstin nimi	Varhainen puuttuminen tekstissä
<p>Väitöskirja 112 s. + liitteet</p> <p>Gyllenberg, David 2012</p>	<p>Childhood predictors of later psychotropic medication use and psychiatric hospital treatment: findings from the Finnish nationwide 1981 birth cohort study</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekijät jotka 8-vuotiailla koulu- laisilla ennakoivat lääkitystä/sairaalahoitoa 25 ikävuoteen mennessä:</li> <li>– Pojilla erityisesti käytöshäiriöt tai yhdistelmähäiriöt ja kiusaaminen; tytöillä kiusatuksi joutuminen ja masentuneisuus.</li> </ul>
<p>Artikkeli, 13 s.</p> <p>Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Hjelt, Riitta; Kettunen, Tarja; Lindfors, Pirjo &amp; Tuominen, Anne 2011</p>	<p>Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Varhainen apu peruspalveluissa</li> <li>- Viiveetön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus neuvolassa ja koulussa määräaikaistarkastuksissa.</li> <li>– Terveystieteiden yhteistyötä varhaiskasvatuksen kanssa tulisi lisätä.</li> <li>– Terveystieteiden lisäkoulutukselle tarvetta häiriöiden tunnistamiseen</li> <li>– hoitoon ohjautumisen viivästyminen vanhemmista, neuvolasta ja erityistyöntekijöistä johtuvista syistä.</li> <li>– Varhainen puuttuminen puheeksi ottamisena ja toimintana</li> </ul>
<p>Artikkeli 9 s.</p> <p>Kinnunen, Pirjo; Kylmä, Jari &amp; Laukkanen, Eila 2010</p>	<p>Nuoruusiän vanhempi-suhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 14-vuotiailla hyvät suhteet vanhempiin ennaltaehkäisevät mielenterveysongelmia 24-vuotiaana.</li> <li>– kehitystä tukevien ympäristöjen luominen harrastuksissa ja turvallisissa ihmissuhteissa</li> <li>– alkoholin käyttö ei ennakoit myöhempiä mielenterveysongelmia</li> <li>– pojilla riittävä suhde vanhempiin ja tupakointi ennakoivat varhaisaikuisuuden mielenterveysongelmia</li> </ul>

<p>Pääkirjoitus 1 s.</p> <p>Tamminen, Tuula 2009</p>	<p>Varhaislapsuuden kokemukset ovat ratkaisevia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vuorovaikutuksen merkitys ensimmäisen elinvuoden aikana</li> <li>– perusterveydenhuollon mahdollisuudet mielenterveydenhäiriöiden tunnistamiseen ja ehkäisyyn</li> </ul>
<p>Pro gradu 76 s. + liitteet</p> <p>Hilppa, Tetri 2009</p>	<p>Lasten mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen opettajien näkökulmasta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Opettajien lisäkoulutus lasten mielenterveysongelmista</li> <li>- Eri tahojen välisen yhteistyön parantaminen</li> <li>– Opettajien voimavarojen tunnistaminen ja kouluterveydenhoitajan tietoisuus niistä</li> <li>– Opettajilla yleensä hyvät valmiudet tunnistaa psyykkisiä oireita: he eivät yleensä itse puutu tilanteisiin vaan apua haetaan muualta</li> </ul>
<p>Artikkeli 4 s.</p> <p>Niemelä, Mika &amp; Väisänen, Leena 2005</p>	<p>Vanhemman mielenterveydenhäiriö ja lapset: lapsikeskeinen näkökulma psykiatrisessa sairaalassa. Osa 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lapsikeskeisen työn korostaminen ja koulutus</li> <li>– Lapset tulisi aina ottaa puheeksi vanhempien mielenterveyshäiriöitä hoidettaessa</li> <li>– Yhteistyö eri hoitopolun tahojen ja ammattialojen välillä sekä vanhempien kanssa</li> </ul>
<p>Selvitys 34 s. + liitteet</p> <p>Isokallio, Ammi; Suutarla, Anna &amp; Turunen, Merja-Maaria 2004</p>	<p>Selvitys Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa toteutetavista lasten ja nuorten ennaltaehkäisevän mielenterveystyön ja varhaisen puuttumisen hankkeista</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 77 eri hanketta; selvityksellä kartoitettiin tietoja erilaisista toimintamuodoista, joissa varhainen puuttuminen ilmenee</li> <li>– varhainen ongelmien havaitseminen ja niihin puuttuminen; varhaiset ikävuodet.</li> <li>– perheen vuorovaikutuksen vahvistaminen ja tukeminen yli 50 %:ssa hankkeita</li> <li>– Yleiset ja kohdennetut interventiot</li> </ul>
<p>Artikkeli 16 s.</p> <p>Schulman, Marja 2002</p>	<p>Ongelmallinen matka äitiyteen: äidin ja vauvan kannattelu varhaisen vuorovaikutuksen hoidoissa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen</li> <li>– Vanhempien tunnemaailman vaikutus alkavaan vanhemmuuteen</li> <li>– Helposti saatavat tukipalvelut varhaisessa vaiheessa</li> <li>– Psykoterapia ja vauvaperhe-työ</li> </ul>
<p>Artikkeli 2 s.</p> <p>Tamminen, Tuula 2001</p>	<p>Terveystoimien aseet lasten ja nuorten pahoinvointiin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lasten ja aikuisten välisten vuorovaikutussuhteiden tutkiminen</li> <li>– Häiriöiden hoitaminen kun ne ovat vasta vuorovaikutussuhteessa</li> <li>– Avohoidon kehittäminen</li> </ul>

## 7 TULOKSET

### 7.1 Varhaisen puuttumisen määrittely

Varhaisen puuttumisen määrittely käsittelemiemme tekstien perusteella ei ole yksinkertaista, sillä välillä esimerkiksi varhainen tuki tai apu on hankalasti erotettavissa varhaisesta puuttumisesta. Myös varhainen tunnistaminen voi toimia synonyymina varhaiselle puuttumiselle (Hilppa 2009). Hilpan pro gradussa Lasten mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen opettajien näkökulmasta varhaisella tunnistamisella tarkoitetaan ”toimintaa, jonka avulla pyritään havaitsemaan ja tunnistamaan lapsen mielenterveyshäiriöihin viittaavat oireet niiden varhaisvaiheessa ja puuttumaan niihin.” (Hilppa 2009, 14.)

Tunnistaminen sisältää kaikki lapsen kannalta tarvittavat toimenpiteet alkaen oireiden havaitsemisesta, tunnistamisesta, tilanteeseen puuttumisesta sekä asianmukaisen psyykkisen tuen, avun ja hoidon järjestämisestä. Lapsen oireilu voi olla merkki lapsen normaalin kehityksen ja hyvän mielenterveyden vaarantumisesta. Varhaisella tunnistamisella voidaan löytää mielenterveyshäiriöille alttiita riskiryhmiä ja toisaalta puuttua myös jo alkaneisiin mielenterveyshäiriöihin niiden alkuvaiheessa. (Hilppa 2009, 14.) Tuen varhainen tunnistaminen tulee ilmi myös artikkeleissa Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa (Hakulinen-Viitanen, Hjelt, Lindfors, Kettunen & Tuominen 2011, 183), Vanhemman mielenterveyshäiriö ja lapset (Väisänen & Niemelä 2005) sekä Gyllenbergin väitöskirjassa (2012, 82–83) jonka mukaan erityisesti lapset, joilla on käytöshäiriöitä tai yhdistelmähäiriöitä hyötyisivät varhaisesta tunnistamisesta ja kohdennetuista interventioista.

Gyllenbergin väitöskirjassa käsiteltiin Suomessa toteutetun kansallisen seurantatutkimuksen avulla niitä ennakoivia tekijöitä 8-vuotiaana, joilla voi olla yhteys mielenterveyshäiriöihin 25 ikävuoteen mennessä. Ensimmäisessä otoksessa oli 6 017 lasta kaikista Suomen viidestä lastenpsykiatrisesta yliopistoyksiköstä, eli noin 10 % koko ikäluokasta. Tietoja kerättiin lasten vanhemmilta ja opettajilta kyselylomakkeella 5 817 lapsesta. Myös lapset täyttivät masennusoireista ja

kiusaamisesta kyselyn. Seurantavaiheessa 5 525 henkilön henkilötunnus yhdistettiin eri valtakunnallisiin korvausrekistereihin, jolloin saatiin tietoa vuosina 1994–2005 mahdollisesta psyykelääkkeiden ja psykiatrisen sairaalahoidon käytöstä ikävuosina 12–25. Hänen tutkimuksessaan tuli ilmi, että apua mielenterveysongelmiin haetaan usein ensimmäistä kertaa myöhäisnuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa, vaikka ensimmäiset oireet ovat usein alkaneet jo vuosia aiemmin. Myös hän käyttää ilmaisua varhainen tunnistaminen henkilöiden kohdalla, joilla on kohonnut riski sairastua psyykelääkitystä tai psykiatrista sairaalahoidoa vaativiin mielenterveysongelmiin. Varhaisten oireiden tunnistaminen mahdollistaa varhaisen puuttumisen (early intervention), jolla voidaan vähentää ja estää psykiatrisia häiriöitä. (Gyllenberg 2012, 11, 15.)

Varhaislapsuuden kokemukset ovat ratkaisevia -artikkelissa käytetään terminä varhaislapsuuden interventioita (Tamminen 2009, 675), toisaalla on puhe nuorten mielenterveyttä edistävästä interventioista (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010, 241), varhaisesta puuttumisesta ja varhaisista interventioista (Tamminen 2001; Isokallio, Suutarla & Turunen 2003) sekä Lapset puheeksi – interventioista (Väisänen & Niemelä 2005). Yhdessä artikkelissa ei suoranaisesti käsitellä varhaista puuttumista tai sen synonyymeja suoraan, vaan kyseessä on enemmän esimerkiksi varhaiseen puuttumiseen liittyvä työmuoto kuten kannattelu varhaisessa vuorovaikutuksessa (Schulman 2002).

Varhaisessa puuttumisessa voidaan puhua yleisistä ja kohdennetuista interventioista sekä ajallisesti eriaikaisesta ongelmien tunnistamisesta. Nämä eri vaiheet tulevat ilmi kirjallisuuskatsauksessa olleen hankeselvityksen avulla: Vuonna 2001 käynnissä olleista 77 varhaisen puuttumisen hankkeesta Helsingissä toteuttiin reilun viidesosan (22%) olevan yleisiä interventioita eli esimerkiksi kaikkia vauvaperheitä koskevia vauvaperhehankkeiden kohdalla. Yli puolet (57%) oli johonkin erityisryhmään (esimerkiksi asumisongelmaiset perheet) kohdistettuja hankkeita, noin viidennes (21%) yleisiä ja kohdennettuja hankkeita ja 13 % erityisryhmiä, kuten esimerkiksi maahanmuuttajataustaisia perheitä, koskettavia hankkeita. Suuri osa hankkeista sopi hyvin varhaisen puuttumisen määrittelmään, sillä ne olivat enimmäkseen primaari-sekundaaripreventiota eli ongelmien ennaltaehkäisyä tai varhaista puuttumista silloin, kun ensimmäiset oireet jo

näkyvät. Vain yksi hankkeista oli pelkästään tertiaalipreventiota eli ongelmien ja häiriöiden vuoksi annettua hoitoa ja kuntoutusta. (Isokallio, Suutarla & Turunen 2003, 9-10.)

## 7.2 Varhaisen puuttumisen ympäristöt

### 7.2.1 Koulu varhaisen puuttumisen ympäristönä

Yksi merkittävä varhaisen puuttumisen ympäristö on peruskoulu. Opettajalla on mahdollisuuksia havainnoida lasta oppituntien, välituntien, henkilökohtaisten keskusteluiden sekä testitilanteiden yhteydessä. Opettajat tuntevat lapset usein vuosien ajan, joten heillä on mahdollisuus havainnoida mahdollisia toiminnan ja mielialan muutoksia lapsissa. (Hilppa 2009, 41.)

Hilpan tutkielmassa käy ilmi, että koulun aikuisilla tulisi olla laaja-alainen tietoperusta lasten mielenterveyshäiriöistä. Heillä on myös oltava tietoperustaa niille altistavista tekijöistä, riskiryhmistä, lapsen psyykkisestä kehityksestä, mielenterveyspalveluista sekä lapsen perheestä. (Hilppa 2009, 16.) Tästä johtuen yhdenkään ammattiryhmän ammattitaito ei yksinään riitä takaamaan varhaista tunnistamista (Hilppa 2009, 19). Merkittävää on varhaisen puuttumisen näkökulmasta myös aikuisten oikeanlainen asennoituminen lapsen oireisiin (Hilppa 2009, 18, 22).

Hilpan (2009, 53–57) pro gradussa tuli erityisesti esille koulun ja kouluterveydenhuollon yhteistyö (myös Kinnunen, Kylmä ja Laukkanen 2010, 240), jota voitaisiin haastateltujen (8) mukaan lisätä monin tavoin: esimerkiksi kouluterveydenhoitajalla voisi olla opettajille oma soittoaika lasten asioista, terveydenhoitaja voisi pyytää luvan lasta koskevien tietojen välittämiseen opettajalta terveydenhoitajalle jo koulun aloituksessa, ja terveydenhoitajalla voisi olla avoimia vastaanottoja. Kouluterveydenhoitajan tehtäväksi nähtiin tuoda kouluun asiantuntijuutta lapsen mielenterveysongelmista sekä tukea opettajia. (Hilppa 2009, 24). Opettajilla on tutkimuksen mukaan hyvät valmiudet tunnistaa lapsen psyyk-

kistä oirehdintaa, vaikka koulutus ei anna siihen valmiuksia, mutta he eivät yleensä itse puutu tilanteisiin (Hilppa 2009, 13, 20, 35). He hakevat näihin tilanteisiin apua esimerkiksi terveydenhoitajalta (Hilppa 2009, 21). Koulun ja vanhempien yhteistyö lasten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyssä tulee esille tuloksissa (Hilppa 2009, 51; Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010, 240).

Myös koulukiusaaminen tuli esiin mielenterveyshäiriöiden yhteydessä. Gyllenbergin (2012, 84–85) mukaan kiusatuksi tuleminen 8-vuotiaana lisää riskiä sairastua useisiin psyykkisiin häiriöihin. Kiusaajina ovat yleisimmin pojat (6%) kuin tytöt (0.6%), ja myös kiusaaja-uhreja (bully-victim), eli lapsia jotka sekä kiusaavat että tulevat kiusatuiksi, ovat useammin pojat (3%) kuin tytöt (0,2%). Väitöskirjassa kysyttiin vain toistuvaa kiusaamista. Kiusaajapojista jotka olivat samalla itse kiusattuja, puolet oli joko käyttänyt lääkitystä psyykkisiin häiriöihin tai ollut sairaalahoitossa niiden vuoksi. Kiusatuiksi tuli 6 % pojista ja 4 % tytöistä 8-vuotiaana. Nuoruusiän vanhempisuhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen -artikkelissa on kyseessä kirjallisuuskatsauksen toisen seurantalutkimuksen tulokset, joita artikkelissa esitellään. Alkuperäinen tutkimus oli toteutettu vuonna 1996 Itä-Suomen läänissä kyselylomakkeella 233 nuorelta, 14-vuotiaalta yläkoululaiselta, joiden osalta tarkasteltiin vanhemmuuden, päihteidenkäytön ja koulussa viihtymisen yhteyttä mielenterveyteen 24-vuotiaana, jolloin kyselyyn vastasi 64,4 % alkuperäisistä osallistujista. Siinä todetaan, että kouluviihtyvyys 14-vuotiailla oli hyvä (yli 80%), eikä tutkimuksessa löytynyt yhteyttä kouluviihtyvyyden ja myöhemmän mielenterveyden välillä. (Kinnunen, Kylmä & Laukkanen 2010, 236, 240.)

### 7.2.2 Perus- ja erikoissairaanhoidon varhainen puuttuminen

Useissa artikkeleissa keskeisenä varhaiseen puuttumiseen läheisesti liittyvänä työympäristönä on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä (Niemelä & Väisänen 2005; Schulman 2002; Tamminen 2001; Tamminen 2009). Varhaisen puuttumisen työympäristönä on perusterveydenhuolto, jossa on mahdollisuus mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen, hoitoon ja ehkäisyyn sekä perheen ja lasten tilanteen huomiointiin esimerkiksi vanhemman sairastu-

essa vakavasti (Väisänen & Niemelä 2005). Erikoissairaanhoidossa puututaan vaativiin ongelmiin, esimerkiksi päihdeäitien ongelmiin, pikkulapsiperheiden mielenterveyshäiriöihin ja ehkäistään sukupolvelta toiselle siirtyviä ongelmia (Tamminen 2009).

### 7.2.3 Neuvola

Neurolatyössä perheen hyvinvoinnin huomioimiseen on hyvä tilaisuus. Artikkeleissa Varhaisen avun viiveet kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa perehdyttiin sekä neuvolan työntekijöitä ja äitejä haastatteleamalla että myös lasten potilasasiakirjoja tarkastelemalla, mistä viiveet lasten hoitopoluissa voivat joutua. Syyt liittyivät sekä vanhempiin että myös neuvolaan ja sen erityistyöntekijöihin. Vanhemmilla oli vähäiset voimavarat avunhankintaan, mikä aiheutti viivettä. Neuvolalta vanhemmat odottivat aktiivisuutta ja tarkkuutta ongelmien havaitsemisessa. Lasten potilasasiakirjoista todettiin, että keskeisin syy olivat neuvolan puutteellinen puheeksi ottaminen ja auttaminen. Vaikka ongelmat otettiin puheeksi, niiden jatkoseurantaa ei järjestetty neuvolassa. Lasten neuvoloissa toteutuivat määräaikaistarkastukset mutta ei kohdennettu tuki. (Hakulinen-Viitanen ym. 2011, 188–190.) Terveystoimijat kokivat, että tiiviimpi yhteistyö varhaiskasvatuksen kanssa auttaisi ongelmien havaitsemiseen, sillä päiväkodissa lapsi on ryhmätilanteissa koko ajan. Myös neuvolan erityistyöntekijät, kuten psykologit, kokivat että työ suuntautuisi korjaavasta ennaltaehkäisevään esimerkiksi ohjausta antamalla päivähoiton työntekijöille lasten auttamiseen varhaisessa vaiheessa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2011, 187–188.)

## 7.3 Varhainen puuttuminen riskitekijöiden ennakointina

### 7.3.1 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen

Artikkeleissa tulee ilmi ensi elinvuosien merkitys elämänmittaiselle mielenterveydelle. (Tamminen 2009, Schulman 2002, Tamminen 2001) ”Aivo- ja geenii-

tutkimus sekä videokuvantamistekniikan mahdollistama tarkka vuorovaikutus-tutkimus ovat osoittaneet loppuraskauden ja ensi elinvuosien merkityksen mie-  
len synnylle [...]” (Tamminen 2009). Varhaiset ihmissuhdekokemukset ohjaavat  
vahvasti lapsen ja nuoren psyykkistä kehitystä sekä muodostavat lähes pysyviä  
mielen toimintamalleja, jotka voivat tuottaa mielen voimavaroja tai haavoittu-  
vuutta. Ne vaikuttavat myöhempien ihmissuhteiden laatuun sekä tunnesäätely-  
kykyyn. (Tamminen 2009; Schulman 2002, 141.)

Varhaisessa vuorovaikutuksessa näkyy vanhempien kyky kannatella lasta. Äi-  
din ja isän sisäiset tunnemaailmat vaikuttavat lapsen saamaan hoivaan. Myös  
sukupolvien ketjut ovat läsnä. Äiti projisoi tunteitaan lapseen, ja vauva sisäistää  
vähitellen hoivaajiltaan kyvyn kestää ja hallita tunteitaan saamiensa kannattelu-  
kokemusten kautta. Vauvaperhetyöntekijät voivat auttaa käsittelemään varhai-  
sen vuorovaikutuksen vaikeuksia. (Schulman 2002, 141, 150.)

### 7.3.2 Perhe ja vanhemmuus

Vanhemman mielenterveyshäiriö on riskitekijä lapsen hyvinvoinnille, mikä on  
huomattu useissa yhteyksissä (Hilppa 2009, 6; Hakulinen-Viitanen ym. 2011,  
188; Väisänen & Niemelä 2005; Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010, 235;  
Schulman 2002). Perheinterventio voi olla yksi mahdollinen keino ehkäistä per-  
heen ongelmia. Esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaalla Toimiva Lapsi & Perhe -  
hankkeen koulutetut projektityöntekijät tekivät yhteistyötä hallinnollisten rajojen  
yli välittäen esimerkiksi lääkäreille ohjeistuksen, jonka mukaan aina kun lääkäri  
kirjoittaa sairausloman depressiosta tai kirjoittaa masennuslääkkeitä, hän voisi  
kysyä, onko potilaalla lapsia, ja jos potilas on heistä huolissaan, on hänelle an-  
nettu projektityöntekijän yhteystiedot. Myös sosiaalityön huostaanottotilanteissa  
huomio pitäisi kohdentaa myös koko perheen hyvinvointiin ja muihin lapsiin, ei  
vain huostaan otettuun nuoreen. (Väisänen & Niemelä 2005, 3891.) Beardseen  
perheinterventioita on hyödynnetty Oys:ssa myös psykiatrian poliklinikalla Lap-  
set puheeksi -menetelmässä, jossa työntekijät järjestävät kaksi neuvonpitoa  
perheen kanssa. Menetelmän on todettu sopivan myös tilanteisiin, joissa yhdel-  
lä tai molemmilla vanhemmista on vakava somaattinen sairaus. Perheinterven-



tioihin lähettäminen on ollut esimerkiksi syöpäpotilaan kuntoutussuunnitelman vakiintuneena osana. Tällöin lapsetkin saavat äänensä kuuluviin, toiveensa ja pelkonsa. Lapsikeskeinen preventiivinen eli ennaltaehkäisevä työ on pyritty juurruttamaan arkipäivän toiminnaksi ja myös depressiopotilaan kuntoutussuunnitelman osaksi. (Väisänen & Niemelä 2005, 3892–3893.)

Perheiden hyvinvointi vaikuttaa lasten mielenterveyden kannalta olennaiselta asialta myös hyvän vanhemmuuden osalta (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010, 234; Gyllenberg 2012, 85; Hakulinen-Viitanen ym. 2011; Isokallio, Suutarla & Turunen 2003). Vanhempisuhteiden laadulla on merkitystä kasvavan lapsen hyvinvoinnille. Riitaiset suhteet vanhempiin olivat pojilla ja tytöillä yhteydessä mielenterveysongelmiin 24-vuotiaana, oireissa oli tosin eroa sukupuolen mukaan. Tyttöjen äitisuhteessa korostuivat luottamuksellisuuden ja lämmön tarve hyvälle mielenterveydelle. Pojilla myös tupakointi oli yhteydessä myöhempiin mielenterveysongelmiin; alkoholin yhteyttä varhaisaikuisuuden mielenterveyshäiriöihin ei tässä seurantatutkimuksessa löytynyt. (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010, 234, 237–239.)

Sukupuolten väliset erot tulivat esiin myös Gyllenbergin väitöskirjassa erilaisena oireiluna 25 ikävuoteen mennessä, mutta hänen mukaansa tulisi lisäselvittää mitkä tekijät aiheuttavat sukupuolten välisiä eroja mielenterveysoireissa ja –häiriöissä. Omissa tuloksissaan hän tuo ilmi sukupuolten välisen eron esimerkiksi anti-depressanttien merkittävässä yhteydessä käytöshäiriöihin ja (mies) sukupuoleen. Tunne-elämän häiriöt 8-vuotiaana taas ennakoivat anti-depressanttien käyttöä sekä tytöillä että pojilla, mutta myös antipsykoottien käyttöä tytöillä. (Gyllenberg 2012, 78–79, 91).

Gyllenbergin väitöskirjassa havaittiin myös perheen merkitys ennakoivana tekijänä mielenterveyshäiriöille 25 vuoteen mennessä. Jos lapsi ei asunut kahden biologisen vanhemman kanssa 8-vuotiaana, ennakoivat useita erilaisia tuloksia 25 vuoteen mennessä: Gyllenberg toteaa kuitenkin, ettei perherakenne itsessään ole riski, mutta tällaiseen perherakenteeseen yhdistyvät ongelmat kuten vanhemman mielenterveysongelmat, taloudelliset ongelmat, perheväkivalta tai heikko vanhemmuus ja sen tukeminen (parental support) lisäävät lasten sairaut-

tumisriskiä. Perheen ominaisuuksiin liittyvät ennakoivat tekijät olisivat hänen mukaansa jatkotutkimusten aihe. (Gyllenberg 2012, 85–86, 91.)

### 7.3.3 Seulonnat

Ennaltaehkäisyyn lisäksi jo ilmeneviin oireisiin tai alkaviin häiriöihin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa. Kouluikäisillä lapsilla esimerkiksi masennuksen systemaattisesta seulonnasta olisi hyötyä (Gyllenberg 2012, 84, 91; Tamminen 2001) Tosin Tamminen (2001) kysyy, olisiko masennuksen seulonta eettistä, kun nykyisiäkään tapauksia ei voida hoitaa. Hänen mukaansa seulonta olisi mahdollista pian myös neuvolaikäisillä. Esimerkiksi leikki-ikäisen lapsen psyykkisten ongelmien havaitseminen neuvolan määrääikaistarkastuksessa voi olla myös haasteellista, sillä lapsi käyttäytyy eri tavoin yksin ja ryhmässä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2011, 187.)

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Pohdinnassa ”solmitaan nauhat lopullisesti kiinni ja suljetaan paketti”, tulkitaan tuloksia, arvioidaan niiden merkitystä ja sitä mitä ne tarkoittavat käytännössä ja esitetään jatkosuosituksia (Metsämuuronen 2006, 65, 67). Olemme pohdinnan lomaan laittaneet myös lainauksia helsinkiläisen vanhemman haastattelusta varhaisesta puuttumisesta hänen lapsiensa mielenterveyshäiriöissä.

Varhainen puuttuminen sai opinnäytetyössämme useita määritelmiä. Keskeistä on mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja puuttuminen jo ensimmäisiin ilmeneviin oireisiin. Artikkelit käsittelevät varhaista puuttumista laaja-alaisesti esimerkiksi ajattelu- ja työtapana, arkityöhön juurtuvina uudenlaisina työmenetelminä (perheinterventio, Lapset puheeksi -interventiot, puheeksi ottaminen, varhaisen vuorovaikutuksen kannattelu), varhaisia elinvuosia koskevana ennal-

taehkäisevänä ja korjaavana työnä sekä erityisesti moniammatillisuuden, tiedonkulun ja yhteistyön merkitystä korostaen.

Varhaisen puuttumisen ympäristöistä lapsille keskeisimpiä ovat koti, päiväkotiki ja koulu. Artikkeleissa käsiteltiin vain sivuten varhaiskasvatuksen ympäristöä eli päivähoitoa. Yhteistyön lisääminen lasten elinympäristöissä tuli esiin erittäin monessa tekstissä. Opettajat toivovat enemmän ja aktiivisempaa yhteistyötä terveydenhoitajien kanssa (Hilppa 2009), terveydenhoitajat ja neuvolan erityis-työntekijät kaipaavat yhteistyötä päivähoitoon neuvolatyössä (Hakulinen-Viitanen ym. 2011). Koulun ja kodin yhteistyö koettiin tärkeäksi (Hilppa 2009, 51; Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010, 240). Yhteistyön tärkeänä osapuolena ovat aina vanhemmat, joiden jaksamisella ja kyvyllä hakea apua voi olla merkittävä vaikutus mahdollisiin viiveisiin lapsen hoitopolussa (Hakulinen-Viitanen ym. 2011, 188–190). Tukea Hilpan tuloksille opettajien tarpeesta saada tukea terveydenhoitajilta lasten mielenterveysongelmien tunnistamiseen löytyy tutkimuksista. Koululaisten mielenterveyshäiriöt jäävät usein tunnistamatta, mikä heikentää koulussa pärjäämistä ja ennustaa myöhempää mielenterveyttä. (Honkanen; Moilanen; Taanila; Hurtig & Koivumaa-Honkanen 2010.)

Alkanu niin että koulunkäynti on aluksi vaikeutunu, ja sit tietysti koulusta on ruvettu ottaa yhteyttä, eli koulukuraattorin kanssa on ollu tapaamisia ja opettajien kanssa.

mä en itse osannut hakea apua kauheen aikasin elikkä se alku oli hidasta, mutta siinä jotenkin tartuttiin asiaan aika reippaasti, ja tämä meidän vanhempi poika itse ymmärsi että hän tarvitsee apua, ja hän otti kaiken avun vastaan [...]

Merkittävää tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin myös mielenterveyshäiriöitä ennakoivista tekijöistä. Esimerkiksi 8-vuotiaat lapset saattaisivat hyötyä masennuksen seulonnasta koulussa. Käytöshäiriöiden osalta tulokset vaikuttivat huolestuttavilta. Erityisesti yhdistelmähäiriöt 8-vuotiaana lisäävät riskiä mielenterveyshäiriöiden vuoksi sairaalahoitoon joutumiseen varhaisaikuisuuteen mennessä kuusinkertaiseksi pojilla ja nelinkertaiseksi tytöillä verrattuna koko tutkittuun ryhmään. Nämä lukemat ovat myös kaksinkertaisia siihen nähden, jos lapsella on vain joko tunne- tai käytöselämän häiriö. Käytöshäiriöt ennakoivat

myös sairaalahoitoa päihdeongelmien vuoksi molemmilla sukupuolilla. (Gyllenberg 2012, 82–83.) Käytöshäiriöt ovat lasten mielenterveyshäiriöistä tavallisimpia ja oireilu alkaa usein varhaislapsuudessa, toteaa myös erikoislääkäri Päivi-Leena Honkinen, jonka mukaan vakavimpien häiriöiden taipumuksena on jatkua aikuisuuteen. Häiriöt ennakoivat elämänhallinnan ongelmia nuoruudessa ja koherenssin tunteen, eli tunteen ympäröivän maailman jäsentyneisyydestä, käsiteltävissä olevuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta, heikkenemistä. (Honkinen 2010, 5.)

Koulussa kiusaaminen altistaa mielenterveyshäiriöille. Gyllenbergin (2012, 84–85) tulokset tukivat käsitystä, että sekä kiusatuilla että kiusaajilla on kohonnut riski mielenterveyshäiriöiden syntyyn varhaisaikuisuudessa. Pojat kiusaavat tulosten mukaan enemmän. Erityisen huonossa asemassa olivat 8-vuotiaat kiusaajapojat jotka olivat samalla itse kiusattuja, puolet heistä oli joko käyttänyt lääkitystä psyykkisiin häiriöihin tai ollut sairaalahoidossa niiden vuoksi 25 ikävuoteen mennessä. Kiusatuiksi tuli 6 % pojista ja 4 % tytöistä 8-vuotiaana. Erityisesti tytöillä kiusatuksi tuleminen lisää merkittävästi riskiä psykiatriisiin ongelmiin. Kinnusen, Kylmän ja Laukkasen artikkelissa Nuoruusiän vanhempisuhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen, jossa olivat kyseessä kirjallisuuskatsaukseen tulleen toisen seurantatutkimuksen tulokset, ei löytynyt yhteyttä 14-vuotiaiden kouluviihtyvyyden ja varhaisaikuisuuden mielenterveyden välillä, vaikka kirjoittajat totesivat aikaisempien tutkimusten osoittaneen yhteyden. (Kinnunen, Kylmä & Laukkanen 2010, 240.) Kiusaaminen usein edesauttaa negatiivisen koulusuhteen muodostumista (ks. Lämsä 2009).

Hyvät perhesuhteet ja vanhemmuuden tukeminen ennaltaehkäisevät mielenterveysoireiden ja –häiriöiden syntyä niin opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen kuin Honkisenkin mukaan. Esimerkiksi vanhemman mielenterveys- tai päihdeongelmat ovat riskitekijä lapsen hyvinvoinnille. Tämä on huomioitu esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön linjauksissa avun kohdentamisesta näille riskiryhmille perusterveydenhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Mieli 2009-julkaisu).

Varhaisen puuttumisen työmenetelmiä ja -ajattelutapoja esiintyy jo paljon 2000-luvun perus- ja erikoissairaanhoidossa. Näitä voidaan yhä lisätä ja vakiinnuttaa esimerkiksi neuvolatyössä lisäämällä erityistyöntekijöiden ohjaus- ja konsultointiapua sekä omaksumalla muutoinkin ennaltaehkäisevä ajattelu- ja työtapa lapsen toimintaympäristöissä. Käytäntöjen tulisi mielestämme vakiintua arkiseen työhön ja näkyä myös eri ammattiryhmien koulutuksessa, jotta ne leviäisivät laajalle. Hilpan (2009) haastatteleminen opettajien mukaan opettajien koulutus ei anna mitään valmiuksia tunnistaa lapsen poikkeavaa psyykkistä kehitystä, jolloin on opettajien oman mielenkiinnon varassa, hankkivatko he tietoa asiasta.

no ainakin tää koulu missä meidän lapset on ollu, niin aika nopeasti on puututtu asioihin, mikä tietysti on varmaan aika koulukohtasta.

Tarvetta on myös konkreettisille varhaisen puuttumisen käytännön työn apukeinoille, kuten Pohjois-Pohjanmaan hoitopolkuprojektissa on esimerkillisesti tehty. Kaikki hyötyvät selkeästi järjestetystä tiedosta, jossa lapsen oireet ja diagnoosi on määritelty, on myös luotu ohje avohoidolle lapsen oireiden määrittämiseen, jotta lääkäri voi arvioida onko lähete erikoissairaanhoidon tarpeellinen, ja sen jälkeen on annettu samassa yhteydessä lapsen oireesta/diagnoosista vastaavat sairaalan yhteyshenkilöt puhelinnumeroineen, jolloin epäselvyyksiä ei jää. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Silloin kun varhaisen puuttumisen primaari- ja sekundaaripreventio eivät enää auta, eli lapsen oireilu on jo vaikeutunut, olisi mielestämme tärkeää, että perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuolto todella muodostaisivat tehokkaan toiminnallisen kokonaisuuden, kuten mielenterveyslaissa sanotaan. Haastateltu vanhempi toi esiin tyytymättömyyttä lastensuojelun toimintaan, mutta tämä ei ollut varsinainen tutkimusaiheemme, joten aiheesta löytynee muita relevantteja tutkimustuloksia ja lisätutkimuksillekin lienee tarvetta.

Ja näitä tapaamisia voi olla useempia (lastensuojelussa), missä yleensä pyöritellään samoja asioita ja tuntuu ettei käytännössä mitään tapahdu. Jos pyytää niin kuin että voisko jotain nopeeta tapahtua konkreettisesti, ni tuntuu että nää viranomaset oikeesti hymähtää, kun se systeemi ei oo niin nopea.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hoitotyöntekijän tulee saada ammatillista koulutusta tutkimusetiikan perusteista, jotta myös työssä on mahdollista arvioida eri tutkimustulosten luotettavuutta ja soveltaa tuloksia hoitotyön päätöksenteossa ja hoitotoiminnoissa (Leino-Kilpi 2009, 360). Tutkimusetiikasta on lukuisia säännöstöjä ja ohjeistoja. Tämän tutkimuksen eettisyyttä ohjasivat sairaanhoitajien eettiset säännöt ja hyvä tutkimuskäytäntö.

Hyvä tieteellinen käytäntö on rehellistä ja huolellista. Piittaamattomuus ja vilppi ovat hyvän tieteellisen käytännön vastaisia menettelytapoja. Esimerkiksi puutteelliset viittauskäytännöt tai muu muiden tutkijoiden osuuden vähättely sekä tulosten huolimaton kirjaaminen ovat vastoin hyvää tutkimusetiikkaa. Vilppi taas on selittämistä, havaintojen vääristämistä, luvaton anastamista tai lainaamista. Hyvään tieteelliseen käytäntöön puolestaan kuuluvat luotettavat ja eettiset tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmät. (Leino-Kilpi 2009, 364.) Pyrimme opinnäytetyössämme mahdollisimman rehelliseen ja kattavaan viittauskäytäntöön.

Tutkimuksen luotettavuudessa tietolähteiden valinta on olennaista, sillä niiden valinta saattaa ohjata tutkimustuloksia tai vinouttaa niitä (Leino-Kilpi 2009, 366). Tietolähteinämme oli erilainen teoriakirjallisuus, kirjallisuushaussa valitut tekstit, tilastotiedot ja haastattelun aineisto. Kiinnitimme huomiota riittävän laadukkaan ja ajankohtaisen teorian löytämiseen tutkimustamme varten.

Kirjallisuushakumme Medic-tietokantaan toteutui luotettavasti. Kaikki tekstit käytiin läpi, ja tekstit valittiin keskustellen niiden soveltuvuudesta aiheeseen. Yhteisymmärrys saavutettiin, vaikka myös ongelmallisia tekstejä oli valinnan kannalta. Kehitysvammaisia koskevien artikkeleiden suhteen teimme eettistä pohdintaa: tiedämme, että kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen tehdään aiheenmukaisin hoitoperiaattein. Toisaalta kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa on huomioitava kehitysvammaisuuteen liittyviä lisävammoja, lääkityksiä tai esimerkiksi kommunikointiongelmia, joten koimme lopulta perustelluksi jättää kehitysvammaisten mielenter-

veyshäiriöiden käsittelyn opinnäytetyön ulkopuolelle. (Koskentausta 2006, 1927–1928.)

Sisällönanalyysissa molemmat opinnäytetyön tekijät analysoivat tekstit itsenäisesti, minkä jälkeen tulokset yhdistettiin ja siten voidaan työprosessin katsoa lisänneen sisällönanalyysin luotettavuutta. Myös haastattelu toteutui eettisesti ja luottamuksellisesti. Haastattelu ei edennyt täysin strukturoitujen kysymysten mukaan, mutta kysymykset toimivat osallistuvan haastattelun apukysymyksinä. Haastateltava säilytti anonymiteettinsa.

### 8.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyön johtopäätöksinä saatiin seuraavat tulokset:

1. Varhainen puuttuminen tarkoittaa lasten mielenterveyshäiriöissä ennaltaehkäisyä ja varhaista tunnistamista oireiden ilmetessä.
2. Varhaisen puuttumisen toimintaympäristöissä, erityisesti koulussa ja päiväkodissa, tulee lisätä yhteistyötä ja uudenlaisia työmuotoja. Ne tulee vakiinnuttaa arkiseen työhön. Myös lisäkoulutukselle ja -ohjaukselle on tarvetta.
3. Perusterveydenhoidon neuvolatyö on keskeinen vanhemmuuden tukemisessa, mikä auttaa mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Vanhempien kanssa tehtävä aktiivinen yhteistyö on keskeistä lasten saamiseksi riittävän varhain avun piiriin.
4. Varhainen puuttuminen on mahdollista myös eri seulonnoin.
5. Hoitoketjujen selkiyttäminen vaatii konkreettisia ohjeita ja toimia.

Lisäselvityksenä voitaisiin jatkossa perehtyä päivähoidon ja lastenneuvolan yhteistyöhön. Myös tiedonkulkua päivähoidosta neuvolaan ja neuvolasta kouluterveydenhoitajille sekä opettajille voisi tutkia tulevaisuudessa. Sosiaalihuolto ja järjestökentän mielenterveyspalvelut jäivät tässä opinnäytetyössä vähäisemmälle huomiolle, vaikka varhaista puuttumista voidaan tutkia myös näillä hyvinvointipalveluiden alueilla.

#### 8.4 Oman ammatillisuuden pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille paljon asioita, joita tulemme tarvitsemaan tulevassa ammatissamme. Olemme saaneet paljon teoreettista tietoa lasten mielenterveyshäiriöistä sekä niiden hoitoon liittyvistä asioista. Lisäksi haastattelun tekeminen sekä Helsingin kaupungin projekteihin tutustuminen on tuonut käytännönläheisyyttä aiheeseen.

Aiheeseen perehtyneenä yksi merkittävä aihealue, mikä nousi pohdintaamme, oli neuvolatyö. Neuvola antaa hyvät puitteet ja mahdollisuudet varhaiselle puuttumiselle, mutta käytännössä asia ei ole niin yksiselitteinen. Neuvolakäytännöissä on eroja niin henkilöstöresursseissa kuin määräaikaistarkastusten toteutumisessakin. Käytännössä valmiudet arvioida lapsen psyykkistä tilaa ovat puutteelliset. (Borg 2006, 2292–2293.) Esimerkiksi Menetelmäkäsikirjassa Terveystarkastukset lastenneuvolatyössä & kouluterveydenhuollossa (2011) tulee ilmi monia mittareita ja työmuotoja joiden käyttö perustuksessa ei ole vakiintunutta. Toinen opinnäytetyöntekijöistä on käynyt vuosina 2011 ja 2012 kaikki määräaikaistarkastukset äitiysneuvolan puolella Helsingissä, eikä hänelle ole koskaan kerrottu varhaisen vuorovaikutuksen VaVu-haastatteluista. Käsikirjan mukaan niiden pitäisi olla jo yleisesti käytössä, ja suuri osa terveydenhoitajista on saanut koulutuksen kyseisen menetelmän käyttöön. (Hakulinen-Viitanen, Laatikainen, Mäki & Wikström 2011, 97–98).

Työn tekeminen kokonaisuutena on ollut pitkä ja vaativa prosessi, jossa ei ole haasteilta säästyty. Kun lähdimme työstämään aihetta joka herätti kiinnostuksemme, olivat suunnitelmat aivan erilaisia, kuin miltä valmis työ nyt näyttää. Alun perin työ oli tarkoitus tehdä eräälle lastenpsykiatriselle osastolle laadullisena tutkimuksena potilasasiakirjoista. Tämä kuitenkin osoittautui liian haastavaksi monestakin eri syystä. Yhtenä ongelmakohtana oli ohjaavien opettajiemme vaihtuminen kolme kertaa opinnäytetyöprosessin aikana. Ymmärrettävästi eri henkilöillä on eri näkemykset, joten jouduimme muokkaamaan työn sisältöä useampaan kertaan opettajin vaihtumisen yhteydessä. Viimeisimmät opettajamme ovat kuitenkin olleet arvokkaana apuna työn loppuun saattamisessa.



Haastattelun tekemisessä haasteelliseksi osoittautui löytää sellainen vanhempi, joka suostui haastatteluun. Olimme kuvitelleet että haastateltava olisi helppo löytää, koska haastattelu tehdään nimettömänä. Muutenkin korostimme poistavamme kaikki tunnistettavuuteen liittyvät tekijät. Tästä huolimatta jouduimme toteamaan, että useampi vanhempi kieltäytyi haastattelusta. Syyinä olivat heidän vaativat elämäntilanteensa sekä aiheen arkaluonteisuus. Näin ollen lasten asioista ei jaksettu ruveta puhumaan vieraille ihmiselle. Onnistuimme kuitenkin löytämään vanhemman, joka suostui haastatteluun hyvillä mielin. Haastattelutilanne oli luonteva ja luottamuksen ilmapiiri onnistuttiin mielestämme luomaan hyvin. Saimme haastattelusta arvokasta käytännön tietoa työhömmme.

Luimme työtä varten myös runsaasti Helsingin kaupungin tekemiä selvityksiä toteutuneista projekteista. Selvityksissä tuotiin esille käytännön ongelmia lasten ja perheiden kanssa tehtävästä työstä ja keinoja niiden voittamiseksi. Mietimme pitkään kuinka liittää näissä selvityksissä tullut arvokas käytännön tieto työhömmme ja päädyimme viimein esittelemään kaksi projektia teoriaosuudessa. Nämä kyseiset projektit valikoituivat isosta määrästä projekteja, koska koimme niiden sopivan parhaiten työmme kokonaisuuteen varhaisesta puuttumisesta.

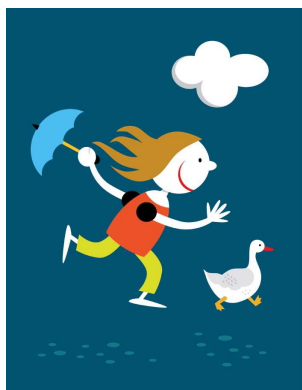
Haastavinta työn tekemisessä on mielestämme ollut työn rajaaminen. Varhainen puuttuminen sekä lasten mielenterveyshäiriöt ovat kumpikin niin laaja kokonaisuus, että työn pitäminen joissain raameissa on ollut haastavaa. Antoisaksi työn tekemisen on kuitenkin tehnyt mielenkiintoinen ja ajankohtainen aihe, joihin työparin kummallakin osapuolella on ollut yhteinen kiinnostus.

Oma ammatillinen osaamisemme on syventynyt koko prosessin aikana. Olemme saaneet arvokasta tietoa aiheesta, joka on niin yhteiskuntaa kuin ammattialaammekin puhuttava juuri tänä päivänä. Myös taitomme etsiä tietoa ja käsitellä sitä systemaattisesti ovat parantuneet huomattavasti: opimme tekemään laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysia yhdellä tavalla.

Olemme saaneet opinnäytetyön avulla käsityksen siitä, mitä ovat ne keinot, joilla voimme itse puuttua varhaisessa vaiheessa lasten oirehdintaan. Arvokkaaksi koemme työn antaman tiedon myös sen takia, ettei lastenpsykiatrisia häiriöitä

juurikaan käsitelty perusopintojemme aikana. Varhainen puuttuminen on toimintamuotojen lisäksi myös ajattelutapa, jonka toivoisi laajenevan myös terveydenhoitohenkilökuntaa laajemmalle.

Opinnäytetyö valmistui sopivasti lasten oikeuksien päivänä, 20.11. YK:n lasten oikeuksien yleissopimus muistuttaa kaikkia lapsen edun huomioimisesta ja lapsen oikeuksista.



## LÄHTEET

- Almqvist, Fredrik 2004a. Bio-psykososiaalinen viitekehys. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 17–19.
- Almqvist, Fredrik 2004b. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 240–249.
- Almqvist, Fredrik 2004c. Persoonallisuushäiriöt. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 308–317.
- Aronen, Eeva & Sourander, André 2011. Lastenpsykiatriset häiriöt. Viitattu 28.9.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=psy00196](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=psy00196)
- Bollström, Henry; Bollström, Unelma; Juurakko, Sanna; Komulainen, Anne; Mattila, Teija; Niiranen-Päivinen, Senja & Raitanen, Minna 2005. Perhetyö Itä-Pasilan, Jakomäen Myllypuron ja Kallahden varhaisen tuen hankkeissa. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä. 2005:6.
- Eirola, Raija; Friis, Leila & Mannonen, Majatta 2004. Lasten ja Nuorten mielen-terveystyö. Helsinki: WSOY.
- Flinkman, Mervi & Salanterä Sanna 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Artikkeliteoksessa Kirsi Johansson, Anna Axelin, Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 84-101.
- Gyllenberg, David 2012. Childhood predictors of later psychotropic medication use and psychiatric hospital treatment: findings from the Finnish nationwide 1981 birth cohort study. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto.

- Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Hjelt, Riitta; Kettunen, Tarja; Lindfors, Pirjo & Tuominen, Anne 2011. Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* (vol. 48) 3, 182–195.
- Heinämäki, Liisa 2005. Varhaista tukea lapselle -työvälineenä kehittämisvalikko. Helsinki: Erikoispaino Oy.
- Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2003. Toim. Sirpa Tapola Varhaisen tuen työmuotoja kehittämässä Positiivisen diskriminaation hankekoko- naisuuden väliraportti 2002. 2003:7
- Helsingin mielenterveysohjelma. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä 2003:1. Helsinki: Sosiaalivirasto.
- Helsingin mielenterveyspalvelujen opas. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu, päivitetty 2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sosiaalivirasto. Viitattu 20.11.2012. Koko internetosoite:  
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9/Mtt\\_p%C3%A4ivitys2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9/Mtt_p%C3%A4ivitys2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9)
- Hilppa, Tetri 2009. Lasten mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen opettajien näkökulmasta. Pro Gradu. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Honkanen, Meri; Moilanen, Irma; Taanila, Anja; Hurtig, Tuula & Koivumaa-Honkanen, Heli 2010. Luokanopettaja lapsen mielenterveyden edistäjänä ja ennustajana. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2010; 126, 277–282.
- Honkinen, Päivi-Leena 2010. Lapsuusiän käytöshäiriöt ennustavat elämänhallinnan ongelmia nuoruudessa. *Duodecim*; 126, 5-6.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Hurri, Suvi 2012. Varhain ei ole riittävän varhain. *Sairaanhoitaja-lehti* 3/2012. 9.
- Isokallio, Ammi; Suutarla Anna & Turunen Merja-Maaria 2004. Selvitys Helsingin sosiaali- ja terveystoimissa toteutettavista lasten ja nuorten ennaltaehkäisevän mielenterveystyön ja varhaisen puuttumisen hankkeista. Helsingin kaupunki.
- Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Artikkeliteoksessa Kirsi Johanson, Anna Axelin,

- Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskat-  
saus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen jul-  
kaisuja. 3-10.
- Järvinen, Annikki & Järvinen, Pertti 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere:  
Opinpajan kirja.
- Kaivosoja, Matti 2004. Lapsen oikeudet ja lasten suojelu. Artikkeliteoksessa  
Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha;  
Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuori-  
spsykiatria. Helsinki: Duodecim. 446–450.
- Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Seuri, Tarja & Schubert, Car-  
la 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972. Viitattu 28.10.2012. [www.finlex.fi.  
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype  
%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki)
- Karvonen, Jaana & Perkiö, Isla 2005. Nuotta-projektin loppuraportti. Helsingin  
kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä. 2005:3.
- Katajamäki, Erja 2004. Terveen Lapsen ja nuoren kehitys, hoito ja ohjaus. Ar-  
tikkeliteoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen & Tuula Su-  
rakka Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Kinnunen, Pirjo; Kylmä, Jari & Laukkanen, Eila 2010. Nuoruusiän vanhempisuuh-  
teiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikui-  
suuden mielenterveyteen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti  
(vsk. 42) 4/2010, 234–243.
- Kitti, Marianne; Kokko, Liisa & Väkeväinen, Riitta 2001. Liikkuva lastenpsykiat-  
rinen tiimi. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä. 2001:3.
- Koistinen, Paula; Ruuskanen, Susanna & Surakka, Tuula 2004. Lasten ja nuor-  
ten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Koppeli, Riitta. Lapsen ja nuoren psykosomaattiset oireet. Artikkeliteoksessa  
Paula, Koistinen; Susanna, Ruuskanen & Surakka Tuula (toim.)  
Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirja-  
paino Oy.
- Koskentausta, Terhi 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsi-  
tään ja miten hoidetaan? Duodecim; 122. 1927–1935.

- Kumpulainen, Kirsti; Moilanen, Irma; Piha, Jorma; Räsänen, Eila & Tamminen, Tuula (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim
- Kurvinen, Auli; Neuvonen, Sohvi; Sivén Tuula; Vartiainen, Jari; Vilén, Marika & Vilhunen, Riitta 2007. Lapsuus erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito 2012. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, lapset ja nuoret). Viitattu 10.10.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061?hakusana=ADHD>
- Laaksonen, Katja; Näntö, Liisa; Schmitt, Florence; Piha, Jorma & Örn, Pia 2007. Lapsipotilaan psykiatrinen palveluketju on hajanainen. Suomen Lääkärilehti 32/2007 (vsk. 62), 2792–2793.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Artikkeliteoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Lämsä, Anna-Liisa (toim.) 2009. Mun on paha olla Näkökulmia lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Metsämuuronen, Jari 2006. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009- työryhmän ehdotukset mielen- terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Moilanen, Irma & Kaivosoja, Matti 2004. Lastensuojelu. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 392–396.
- Moilanen, Irma 2004a. Ahdistuneisuushäiriöt. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 201–208.

- Moilanen, Irma 2004b. Käytöshäiriöt. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 265–275.
- Moilanen, Johanna 2000. Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon! Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon 'Lasten ja nuorten hoito- ja palvelu-ketjut' - projekti Askolassa, Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä vuonna 1999. Helsinki: Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 28.
- Monto, Eeva & Simojoki-Tavi, Hanna. Perhetyö ja puheeksiottaminen päivähoitossa Kontulan varhaisen tuen hankkeen loppuraportti. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä. 2005:7.
- Mäkeläinen, Pia 2003. Kohti Lastensuojelun vaikuttavaa ja jäsentynyttä työtettä. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä. 2003:8
- Niemelä, Mika & Väisänen, Leena 2005. Vanhemman mielenterveydenhäiriö ja lapset: lapsikeskeinen näkökulma psykiatrisessa sairaalassa. Osa 2. Suomen lääkärilehti (vsk. 60) 39/2005, 3889–3893.
- Nordling, Esa & Toivio, Timo 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Nuutinen, Matti 2000. Hoitoketju. Duodecim 2000; 116: 1821-8.
- Närhi, Vesa 2006. Tarkkaavaisuushäiriöt. Teoksessa: Laukkanen, Eila; Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.) 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim
- Piha, Jorma 2004a. Lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluketju. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 378–381.
- Piha, Jorma 2004b. Erikoissairaanhoidon palveluketju. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 386–390.
- Piha, Jorma 2004c. Sosiaalitoimen mielenterveyspalvelut. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 383–386.

- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 1998. Hoitoketjukäsikirja OYS:n palveluyksiköt Diagnoosikohtaiset hoitoketjut. Nuutinen, Matti (toim.) 2/1998. Oulu: Hallintokeskus.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Hoidon porrastus lastenpsykiatriassa. Viitattu 19.11.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp00300](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00300).
- Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano 2004. Nursing Research Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 7<sup>th</sup> edition.
- Pudas-Tähkä, Sanna-Mari & Axelin, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Artikkeliteoksessa Kirsi Johansson, Anna Axelin, Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 46–58.
- Puura, Kaija 2004. Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 386–390.
- Pönkkö, Marja-Leena 2005. Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju. Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi. Väitöskirja. Acta Universitatis, D867. Oulun yliopisto
- Räsänen, Eila 2004. Valikoiva puhumattomuus. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 212–214.
- Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Schulman, Marja 2002. Ongelmallinen matka äitiyteen: äidin ja vauvan kannattelu varhaisen vuorovaikutuksen hoidossa. Psykoterapia 3/2002 (vsk. 21), 139–155.
- Sosiaaliportti i.a. Lastensuojelunkäsikirja. Viitattu 1.9.2012. [www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi). Koko internet-osoite: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/ajankohtaista/lueuutinen/?announcementId=bf4f0ae2-0f6c-4e70-ae8a-ef8ac7e5401b&groupId=26a1a50c-87c1-4c04-8175-e9a197ec60bd>.



- Tamminen, Tuula & Räsänen, Eila 2004. Sairauksien ennaltaehkäisy. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 374–377.
- Tamminen, Tuula 2001. Terveystarkastusasetukset lasten ja nuorten pahoinvointiin. Duodecim (vsk. 117) 10/2001, 1083–1085.
- Tamminen, Tuula 2004. Vapaaehtoistoiminta ja kansalaisjärjestöt. Artikkeliteoksessa Fredrik, Almqvist; Kirsti, Kumpulainen; Irma Moilanen; Jorma, Piha; Eila, Räsänen; & Tuula Tamminen (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 396–398.
- Tamminen, Tuula 2009. Varhaislapsuuden kokemukset ovat ratkaisevia. Suomen lääkärilehti (vsk. 64) 8/2009. 675.
- Tamminen, Tuula 2010. Lapsen masennus. Duodecim 2010;126, 627–633.
- Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa – menetelmäkäsikirja 2011. Tuovi, Hakulinen-Viitanen; Tiina, Laatikainen; Päivi, Mäki & Katja, Wikström (toim.) ja Terveystarkastuslaitos 2011.
- Uusi terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Liite1: Haastattelun sisällönanalyysin apukysymykset:

Varhainen puuttuminen:

Milloin lapsenne psyykkinen oirehdinta on alkanut?

Missä psyykkinen oirehdinta on tullut esiin? (Esimerkiksi koulussa, kotona jne.)

Onko mahdollinen diagnoosien vaihtuminen tai oirehdinnan lisääntyminen joh-  
tanut toimenpiteisiin?

Miten lapsen psyykkisiin oireisiin voitaisiin mielestänne puuttua varhaisemmas-  
sa vaiheessa?

Onko mielenterveyspalveluista saatava apu ollut mielestänne riittävää perheel-  
lenne ja lapsellenne?

Hoitopolku:

Mitkä hoitavat tahot ovat osallistuneet lapsenne mielenterveyden hoitamiseen?

Mitä kautta olette löytäneet mielenterveyspalveluita lapsellenne Helsingissä?

Oletteko joutuneet itse etsimään lapsen mielenterveyspalveluita?

Onko lapsi ollut osastohoidossa?

Kuinka kauan asiakkuus/potilassuhde tiettyyn tahoon on kestänyt?

Onko teillä ollut toistuvia asiakkuussuhteita joihinkin hoitaviin yksiköihin?

Miten paljon sosiaalitoimi on ollut mukana lapsen hoidossa?

Voidaanko mielestänne todeta lapselle haitallisia viiveitä hoitopolussa?

## Liite 2 HAASTATTELU

28.8.2012 Helsinki.

Eli mulla on haastattelussa tässä eräs äiti, jolla on kaksi lasta joilla on pitkään jatkunutta psyykkistä oirehdintaa. Vanhempi ja nuorempi poika.

### **Milloin lastenne psyykkinen oirehdinta on alkanut?**

Kummallakin alkoi ylä-asteella, seitsemännellä kahdeksannella luokalla, eli 12–13 mitä ne on silloin ollu. Alkanu niin että koulunkäynti on aluksi vaikeutunu, ja sit tietysti koulusta on ruvettu ottaa yhteyttä, eli koulukuraattorin kanssa on ollu tapaamisia ja opettajien kanssa. Ja sit kun ne tapaamiset ei oo auttanu, ni siihen on tullu mukaan, toisen kanssa siihen tuli suoraan psykiatriselta poliklinikalta, sinne tuli tapaamisia, ja toisen kanssa mukana oli lastensuojeluviranomaset, ja tää toinen prosessi on itse asiassa vielä käynnissä, että ei tiedä miten siinä sitten käy.

### **Onko sun mielestä näihin oireisiin puututtu tarpeeksi varhain?**

Tässä ensimmäisessä tapauksessa mä en itse osannut hakea apua kauheen aikasin elikkä se alku oli hidasta, mutta siinä jotenkin tartuttiin asiaan aika reippaasti, ja tämä meidän vanhempi poika itse ymmärsi, että hän tarvitsee apua, ja hän otti kaiken avun vastaan, eli hän kävi toimintaterapiassa ja pääsi semmoiseen öö-luokkaan, mikäs se nyt virallisesti on, ryhmämuotonen yksityisopetus, joka on tarkotettu nuorille, joilla on ollu mielenterveysongelmia. Ja hän itse tuli niin paljon vastaan, että se lähti menemään tosi hyvin, ja sit hänellä oli jonkun verran näitä toimintaterapiatapaamisia koulun rinnalla. Mut sit tän nuoremman kanssa, hän itse ei oikestaan halunnu tulla mihinkään mukaan, niin se on vähän vaikeampaa, että nyt meillä on tapaaminen lastensuojeluviranomasten kanssa, ja sinne tulee mukaan koulukuraattori ja psykiatriselta polilta henkilökuntaa, ja yritetään miettiä mitä tässä tapauksessa vois tehdä, ja ongelma on se että tää nuori ite ei halua tulla näihin tapaamisiin, ja siellä on nyt yks työntekijä joka oikeen hyvin haluis tutustua tähän poikaan. Mä olen pyytänyt, että jos mä en saa

poikaa lähtemään näihin tapaamisiin, voisko he sit tulla kotiin, nimenomaan tää yks henkilö käymään. Se kuulemma ehkä voi, että se kuuluu heidän toimenkuvaan, mutta tuntu että mielellään he eivät sitä tee.

**Sä äsken sanoit, että mitkä tahot oli osallistunu teijän lasten mielenterveyden hoitamiseen, sanoit että koulu ja..**

Koulu ja sit on lastensuojeluviranomaset ja psykiatriselta poliklinikalta sieltä on lääkäri ja ja ketäs siellä nyt olikaan, psykologi ja sit siel on mielenterveyshoitaja.

**Eikö tän teidän nuoremman kanssa ole ollu myös osastohoitoa?**

Joo kahden viikon sellanen tutkimusosastojakso joka ei oikeestaan johtanu yhtään mihinkään sitten.

**Että silloin ei tullut diagnoosia?**

Ei tullu mitään diagnoosia, että siellä ei näkyny että olis ollu muuta kun se kouluun lähtemisen ongelma, ja ne sano, että ei sit hyödy siitä sairaalassa olosta yhtään mitään.

**Mitä kautta te ootte sun mielestä löytäny näitä mielenterveyspalveluita kaupungilla?**

No kaikki on tullu koulun kautta oikeestaan, koulukuraattorin kautta. Tän nuoremman kanssa on koulukuraattori ollu tosi avulias ja sanonu, et itekin voi soittaa ja tutkia asioita kuinka voi edetä.

**Niin sulla on sellanen olo että sun ei oo tarvinnut itse etsiä niitä palveluita?**

No en oikeestaan.

**Kuinka kauan asiakkuus/ potilassuhde tiettyyn tahoon on kestänyt?**

No vanhimman pojan kanssa se kesti itse asiassa siihen asti, kun hän tuli täysikäseks, hän olis saanu siitä vielä jatkaa sit yhden syksyn verran, mutta hän itse oli sitä mieltä, että hän ei tarvis sitä enää.

### **Niin psykiatrin polin kontaktia?**

Joo.

### **Miten tän nuoremman kanssa, onko teillä ollu mitään pitkäaikasta kontaktia?**

No itse asiassa ei ole vielä, tää on nyt aika uusi juttu, että puolisen vuotta nyt ollu. Ei sit tiedä kauan tässä menee, kun ensin saa tän toimimaan.

### **Miten paljon sosiaalitoimi on ollut mukana lasten hoidossa?**

Sosiaalitoimi.. tarkottaako se lastensuojelua? **Joo, lastensuojelua.** No ei oikestaan oo ollu, että vanhemman pojan kanssa oli ihan siinä alussa tapaaminen, mut sitä ei sit tarvinnu enempää. Nuoremman kanssa nyt on muutama tapamine ollu jotka ei sit oo johtanu mihinkään.

### **Voidaanko sun mielestä todeta haitallisia viiveitä lapsenne hoitopoluissa?**

No vois sanoa, ainakin lastensuojelun puolella tuntuu.. se systeemi on hyvin hidas. Mekin oltas haluttu nopeita toimenpiteitä, että oltaisi saatu poika käymään loppukevään koulua, niin siellä on hyvin monimutkainen se systeemi. Pitää niin kuin olla monta tapaamista. He haluaa tavata perhettä, sit he haluaa tavata nuorta henkilökohtasesti. Ja näitä tapaamisia voi olla useempia, missä yleensä pyöritellään samoja asioita, ja tuntuu ettei käytännössä mitään tapahdu. Jos pyytää niin kuin että voisko jotain nopeeta tapahtua konkreettisesti, ni tuntuu että nää viranomaset oikeesti hymähtää, kun se systeemi ei oo niin nopea. Siinä ehtii vanhemmatkin jo väsyä kaikkeen siihen tapaamiseen ja keskusteluun,

saati sitten nuori, varsinkin jos kaikki tapaamiset on hyvin vastenmielisiä, niin koko ajan se vaan muuttuu vaikeemmaksi ja vaikeemmaksi.

### **Onko teillä jotain muuta sanottavaa näihin teidän lapsiin liittyvistä palveluista tai varhaiseen puuttumiseen liittyen?**

Varhaiseen puuttumiseen liittyen.. no en osaa sanoa.. no ainakin tää koulu missä meidän lapset on ollu, niin aika nopeasti on puututtu asioihin, mikä tietysti on varmaan aika koulukohtasta.

### **Niin te olette tyytyväisiä kouluun?**

No jotakuinkin joo. Aika paljon se on tietysti kiinni siitä, kuinka paljon tulee itse vastaan.

### **Entäs noihin psykiatriisiin palveluihin, oletteko ollu tyytyväisiä?**

Tietysti siinä on kans sellanen asia, että kun pitää moni tavata samaan aikaan, niin on tosi vaikea saada aikoja, voi mennä niin kuin pitkiä aikoja että saa jonku ajan joka sopii kaikille. Ja usein tuntuu, että ihan pohjatietojen puhumiseen jos taas uusia ihmisiä.. se on paha kun ihmiset muuttuu, et meilläkin on lääkäri muuttunu ja kaikkee.. niin niiden puhumiseen menee kauheasti aikaa ja samojen asioiden veivaamiseen, ja itse asiaan pääseminen vie kauheasti aikaa. Tuntuu että, jos olis sama lääkäri ja sama henkilökunta alusta lähtien, niin se olis tietysti ihanne, mutta se nyt varmaa harvoin onnistuu.

**Kiitos.**