

OPPIMATERIAALEJA 69

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA

TUTKIMUKSIA

Eeva Timonen-Kallio & Tiina Pelander (toim.)

# LASTENSUOJELUN JA PSYKIATRIAN RAJAPINNOILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**OPPIMATERIAALEJA 69**

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA

TUTKIMUKSIA

Eeva Timonen-Kallio & Tiina Pelander (toim.)

**LASTENSUOJELUN  
JA PSYKIATRIAN  
RAJAPINNOILLA**



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU**  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN  
**OPPIMATERIAALEJA 69**

Turun ammattikorkeakoulu  
Turku 2012

ISBN 978-952-216-266-3 (painettu)

ISSN 1457-7933 (painettu)

Painopaikka: Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2012

Myynti: <http://julkaisut.turkuamk.fi>

ISBN 978-952-216-267-0 (PDF)

ISSN 1796-9972 (elektroninen)

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162670.pdf>



# SISÄLTÖ

LUKIJALLE	4
PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTEET VOIVAT TUKEA TAI ESTÄÄ EETTISEN TYÖN TOTEUTUMISTA LASTEN JA NUORTEN AUTTAMISTYÖSSÄ <i>Kaisa-Elina Hotari</i>	6
ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN LASTENSUOJELUN PALVELUISSA JA NUORISOPSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA <i>Heikki Ellilä &amp; Tiina Pelander</i>	12
KASVATUSTA VAI HOITOA? – LASTENKOTITYÖ KOTITAPAISUUDEN JA MIELENTERVEYDEN TULKINTAKEHYKSESSÄ <i>Eeva Timonen-Kallio</i>	35
”PELATAANKO MUSTAA PEKKA?” – LAINSÄÄDÄNNÖN JA PALVELUTUOTANNON VUOROPUHELUA PSYKIATRIAN JA LASTENSUOJELUN RAJAPINNOILLA <i>Heidi Ristseppä &amp; Niina Vuoristo</i>	56
”RIITTÄISI KUN TULISI TUNNE SIITÄ, ETTÄ VÄLITETÄÄN” – NUORTEN KOKEMUKSIA SAAMISTAAN LASTENSUOJELUN JA PSYKIATRIAN PALVELUISTA <i>Mirka-Mari Hytinkoski, Sari Järvinen &amp; Ringa Rantanen</i>	85
SILLAN RAKENNUSTA LASTENSUOJELULAITOSTEN JA NUORISOPSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON VÄLILLE SATAKUNNASSA <i>Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu</i>	99
RAJAPINTATYÖSKENTELYÄ LASTEN- JA NUORISOPSYKIATRIAN JALKAUTUESSA SATAKUNNAN SAIRAAHOITOPIIRIN ALUEELLA <i>Kristiina Siirto-Honkanen &amp; Tiina Ilola</i>	110
LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI LASTENPSYKIATRIAN TYÖMUOTONA <i>Riia Tammisto &amp; Laura Tulensalo</i>	124
KIRJOITTAJAT	128

# LUKIJALLE

Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön onnistuminen on keskeinen asia lasten ja nuorten palveluiden toiminnassa, sillä merkittävä osa asiakkaista on yhtä aikaa asiakkaina molemmissa organisaatioissa. Työntekijöiden mahdollisuus sitoutua pitkäjänteiseen ja eettisesti kestäväan työhön organisaatioiden rajapinnoilla on sidoksissa toimintaympäristön rakenteisiin, yhteistyön ja työnjaon kysymyksiin sekä hallinnollisiin ratkaisuihin. Monialainen, sektorit ylittävä yhteistyö on haaste ja toisaalta välttämättömyys lasten ja nuorten tehokkaampaan auttamiseen ja hoitoon.

Turun ammattikorkeakoulun Hyvinvointipalvelut-tulosalueen TEKESin rahoittamassa Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla -hankkeessa (Lapsyke) v. 2010–2011 toteutettiin lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rajapintatyöskentelyyn liittyviä tutkimushankkeita. Tarkasteltavana ovat olleet asiakkaan, työntekijän, lainsäädännön ja palvelutuotannon näkökulmat. Tämän Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla -julkaisun tarkoituksena on esitellä hankkeen tutkimustuloksia. Mukana on lisäksi kirjoittajia mm. Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa toteutetun Remontti-hankkeen julkaisun aihepiiriä sivuavista piloteista.

Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla -projektin kautta välittyi rajapintatyöskentelystä ja sen haasteista monia viestejä. Artikkelijulkaisun aluksi Kaisa-Elina Hotari pohjustaa julkaisun tematiikkaa arvioimalla lastensuojelun ja psykiatrian raja- ja yhdyspinnalla toteutettavaa työtä eettisestä näkökulmasta. Heikki Ellilä ja Tiina Pelander tarkastelevat artikkelissaan lastensuojelun sekä nuorisopsykiatristen poliklinikoiden asiakkaina olevien nuorten sekä heidän huoltajiensa kokemuksia palveluiden asiakaslähtöisyydestä. Eeva Timonen-Kallio puolestaan avaa rajapintatyöskentelyn problematiikkaa erityisesti kasvatuksellisen ja hoidollisen työn viitekehityksessä. Heidi Ristseppä ja Niina Vuoristo reflektivat asiantuntijahaastatteluihin pohjautuen lainsäädännön ja palvelutuotannon välistä jännitettä.

Turun kaupungin Remontti-projektista Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu kuvaa lastensuojelulaitosten ja psykiatrian välistä työnjakoa ja pohtii lastenkotityössä tarvittavaa osaamista. Kristiina Siirto-Honkanen ja Tiina Ilola kirjoittavat artikkelissaan lasten- ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden jalkautumisesta Satakunnassa. Sosiaali-alan koulutusohjelman lapsi-, nuoriso- ja perhetyön suuntautumisopintojen opiskelijoiden Mirka-Mari Hytinkosken, Sari Järvisen ja Ringa Rantasen artikkeli perustuu heidän opinnäytetyöhönsä, jossa opiskelijat selvittivät hoitopolkujen rakentumista lasten ja nuorten näkökulmasta. Riia Tammisto ja Laura Tulensalo kertovat lopuksi Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiriin lastenpsykiatrian lasten mielenterveysambulanssin konsultoivasta toimintamallista.

Työntekijöiden hiljaisen tiedon, työkäytäntöjen sekä kokonaisvaltaisten kehittämisenäkemyksen esiintuominen edesauttaa rajapinnan harmaiden alueiden tunnistamista. Se myös vahvistaa työntekijöiden työn mielekkyyden kokemuksia ja tätä kautta heidän työssä jaksamistaan.

Teos on tarkoitettu oppikirjaksi sosiaali-alan ja terveydenhuollon opiskelijoille ja tueksi lastensuojelun sekä nuorten mielenterveystyön ja psykiatrian työntekijöille.

Kiinnostavia ja voimaannuttavia lukuhetkiä!

Turussa toukokuussa 2012

*Eeva Timonen-Kallio & Tiina Pelander*

# PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTEET VOIVAT TUKEA TAI ESTÄÄ EETTISEN TYÖN TOTEUTUMISTA LASTEN JA NUORTEN AUTTAMISTYÖSSÄ

*Kaisa-Elina Hotari*

Tarkastelen tässä artikkelissa auttamistyön etiikan toteutumista lastensuojelun ja psykiatrian yhteisenä ja jaettuna tehtävänä, joka tulee näkyviin erityisesti näiden kahden toimijatahon yhteisten asiakkaiden parissa tehtävässä työssä. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisten asiakkaiden auttamistyö sijoittuu sosiaali- ja terveyssektoreidenhallinnon, lakien, johtamisen ja vastuunkantamisen risteyskohtiin. Yksittäisen asiakkaan auttamistyön kohdissa näillä tekijöillä voi olla eettisen työn kannalta yllättäviä, näkyviä tai vaikeammin havaittavia merkityksiä. Eettiseen kuormittumiseen liittyvä monitieteinen tutkimus, jota on tehty 1980-luvulta lähtien muun muassa filosofian, feministisen pedagogiikan ja hoitotieteen alueella, on tuonut näkyviin eettisen työn toteuttamiseen liittyviä organisaatio- ja sektorirajat ylittäviä tekijöitä. Tutkimuksissa todetaan, että eettisesti kestävä työ tekemiseen vaikuttavat keskeisesti toimintaympäristö ja palvelujärjestelmän rakenteet. (Metteri & Hotari 2011.)

Lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaisiin liittyvien tutkimusten mukaan noin 30–90 prosentilla lastensuojelun asiakkaista on mielenterveysongelmia ja sen vuoksi psykiatrisen hoidon tarvetta (Hulburt ym. 2004; Lehto-Salo 2011; Leslie ym. 2005, 986; Pasanen 2001; Sullivan & van Zyl 2008). Lapsi- ja nuorisopsykiatrian potilasjoukossa esiintyvää tarvetta lastensuojeluun tai lastensuojeluasiakkuuksia psykiatrian näkökulmasta on tutkittu vähemmän. Suomalaisessa tutkimuksessa 17 prosenttia nuorisopsykiatrian kriisiosaston potilaista oli huostaan otettuja (Koponen ym. 2010). Luvut lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaiden määrästä tekevät näkyväksi sitä, että yhteisten asiakkaiden auttamistyö koskee lopulta mer-

kittävää asiakkuusryhmää lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian palveluissa.

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) (Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo ... 2001, s.3) lausunnossa esitetään, että

- potilaan kokemukset ja tarpeet voivat jäädä vähälle huomiolle raskaiden hallinnollisten rakenteiden, rutiinien ja teknologian puristuksessa
- myös henkilökunnan ilmeinen ylikuormitus on potilaiden kannalta eettinen riski
- hoitojärjestelmien tilasta ja potilaiden kohtelusta näkyy, miten inhimillistä yhteiskuntapolitiikkaa kulloinkin harjoitetaan.

Lausunnossa (mt. 8, 13) todetaan, että viisaus ja välittäminen ovat terveydenhuollossa tehtävässä työssä avainasemassa. Viisaus on lausunnon mukaan elämäkokemukseen arvojen avulla jäsennettyä sisäistettyä tietoa ja välittäminen puolestaan kykyä nähdä ja kokea asiat toisen ihmisen näkökulmasta. Yhteisöllisyys perustuu toisten ihmisten arvostamiseen ja heistä välittämiseen. Lausunnon mukaan terveydenhuolto kuuluu elimellisesti tähän arvostamisen ja välittämisen kulttuuriin.

Laitinen ja Väyrynen (2011, 183–184) tarkastelevat artikkelissaan eroja kunnioittavaa sensitiivistä etiikkaa, joka kirjoittajien mukaan tuo lisäulottuvuutta sosiaalityön ihmisyyttä ja ihmisoikeuksia kunnioittavaan ja oikeudenmukaisuutta ylläpitävään arvoperustaan. Eroja kunnioittava sensitiivinen etiikka todentuu sosiaalityöntekijän henkilökohtaisena olemisen ja toimimisen tapana, jossa kytkeytyy toisiinsa ihmisyyden, inhimillisuuden ja vahva koulutuksellinen osaaminen. Tutkijat kirjoittavat, että kohtaamisen vire on ihmiseltä ihmiselle -suhteessa, jolloin erojen kunnioittaminen merkitsee kunnioittavan asiakastyöntekijä-suhteen todeksi tekemistä. Eettisen työtapaan liittyy lisäksi pyrkimys luottamuksellisen suhteen rakentamiseen, kyky empattiseen, tuntevaan ja läsnä olevaan tapaan tehdä työtä sekä kyky teoreettisen ja tutkimuksellisen ammatillisen tietotaidon soveltamiseen. Eroja kunnioittava ja yhteyksiä luova eettinen lähestymistapa tuo välineitä myös eri toimijoiden, kuten lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden, mahdollisuuksiin toteuttaa eettisesti kestävä työtä palvelujärjestelmän rajapinnoilla ja verkostotyössä (vrt. Seikkula ja Arnkil 2005). Eettisyys ulottuu tällä tavoin tarkasteltuna ”palve-



lujärjestelmän joka soluun” yksilötyöntekijätasolta työryhmiin ja hallintoon, sektoreiden rajapinnoille sekä verkostotyön kentille.

Auttamistyö on vuorovaikutustyötä sekä asiakkaiden kanssa että työympäristössä ja organisaatioissa. Vuorovaikutustyössä on keskeistä kuuleminen ja kuulluksi tuleminen. Se tarkoittaa kykyä ymmärtää toisen erilaista näkökulmaa ja kieltä. Lapsen tai nuoren kannalta kovinkaan merkityksellistä ei oletettavasti ole palvelujärjestelmän historian saatossa muodostuneet rakenteet ja eri toimijatahojen väliset rajapinnat ja erot, vaan se apu ja tuki, jota lapselle ja nuorelle kokonaisuutena tarjotaan.

*Palvelujen järjestämisessä ja niiden kehittämisessä on otettava huomioon, että lasten ja nuorten kehityksen tukeminen, mielenterveyden edistäminen sekä häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito ovat jakamaton kokonaisuus. Lasten ja nuorten kehitys ei noudattele palvelujärjestelmän jakoa mielenterveyteen (terveyspalvelut), sosiaaliseen (sosiaalipalvelut) ja opilliseen (koulun oppilashuolto) kehitykseen. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma... 2009, 34.)*

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatijat esittävät yhden keskeisen näkökulman ja voinee sanoa myös dilemman, joka liittyy modernin yhteiskuntarakenteen institutionaalisiin käytäntöihin. Institutionaaliset käytännöt ja instituutioiden väliset rajat eivät välttämättä aina onnistuneesti tue inhimillisen elämän, kasvun, ja kehityksen lainalaisuuksia. Avun ja tuen tarve ei välttämättä jakaudu palvelujärjestelmän rakenteiden mukaisesti. Kysymys on ehkä ensisijaisesti juuri eettinen: kuinka onnistumme toimimaan verkostoituneessa palvelujärjestelmässä asiakkaan kannalta onnistuneesti?

Eettisen työn toteuttamisen ristiriidat voivat aiheuttaa työntekijöissä stressiä ja kuormittumista (Corley ym. 2005; Ulrich ym. 2007). Etiikkaan liittyvä stressi syntyy emotionaalisen ja moraalisen ristiriidan seurauksena. Se voi ilmetä fyysisinä ja psykososiaalisina oireina. Pitkään jatkuessaan eettinen stressi voi johtaa kuormittumiseen ja henkilökohtaiseen tai työyhteisön väsymiseen ja uupumiseen. Aikaisempi tutkimus tekee näkyväksi, että raja- ja yhdyspinnan rakenteiden ja toiminnan merkitys eettisesti kestäväen työn toteuttamisessa tulee esille monenlaisissa auttamistyön kohdissa. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian raja- ja yhdyspinnalla tapahtuvan eettisesti kestäväen työn toteuttamisen edellytyksiä ovat muun muassa:

- Hyvät käytännöt kirkastetaan.
- Rakenteiden merkityksellisyys tunnistetaan (Lloyd ym. 2002, Boyas & Wind 2010).
- Tarvitaan ”järjestelmän tulkkeja” erityisesti järjestelmän muutoskohdissa – työnohjauksen merkityksellisyys työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta tärkeää (Boyas & Wind 2010; Hotari & Metteri 2010; Lloyd ym. 2002; Metteri & Hotari 2011).
- Työntekijöiden mahdollisuus eettiseen toimijuuteen tärkeää – vaikuttaa työssä jaksamiseen ja työssä pysymiseen (O’Donell ym. 2008; Ulrich ym. 2007).
- On huomioitava, että moraalinen ristiriita voi olla yksilötyöntekijän tai työryhmän jakama kokemus sekä organisaatioiden sisällä että niiden rajapinnoilla (Metteri & Hotari 2011; O’Donell ym. 2008).
- Työntekijöiden mahdollisuus ja oikeus puhua eettisistä dilemmoista ja saada tukea niiden ratkaisemiseen on keskeistä eettisen stressin välttämässä (Boyas & Wind 2009).
- Auttamistyö on tunnettyötä – eettinen kuormittuminen kuormittaa tunne-elämää, mikäli mahdollisuutta keskusteluun ei ole (Metteri & Hotari 2011).
- Keskeistä eettisesti kestävänsä työn toteuttamisessa on johdon tuki tehtävälle työlle ja päätöksille (Skagert ym. 2008).

Yksilötyöntekijän kyky moraalisiin ratkaisuihin on osa eettisesti kestävänsä työn toteuttamista, mutta työn toteuttamisen mahdollisuudet tulevat lopulta punnituksi palvelujärjestelmän rakenteissa. Palvelujärjestelmän vakiintuneita käytäntöjä voi olla vaikea muuttaa. Monet työn toteuttamisen reunaehdot, kuten taloudelliset resurssit, ovat aina rajalliset. Toisaalta työympäristön eettinen ilmapiiri vaikuttavaa työtyytyväisyyteen ja työhön sitoutumiseen, joihin Ulrichin ym. (2007, 1717) mukaan voidaan vaikuttaa kohtuullisilla taloudellisilla resursseilla.

Eettinen stressi voi tehdä näkyväksi erityisesti niitä kohtia, joissa yksilötyöntekijän eettinen käsitys ja kokemus ovat ristiriidassa järjestelmän todellisuuden tai koetun tilanteen kanssa (Corley 2002; Lloyd ym. 2002). Eettisen stressin kokemukset tulisi ottaa vakavasti sekä järjestelmän, työntekijän että erityisesti asiakkaan vuoksi. Eettistä stressiä voi pitää signaalina niistä kehittämiskohteista, joihin tulisi kiinnittää huomiota palvelujärjestelmässä. Eettisen herkkyy-

den voi myös nähdä organisaation kannalta positiivisena viestinä sitoutuneista työntekijätoimijoista (Proctor ym. 1993).

Monipolvisissa auttamistyön käytännöissä ja erityisesti organisaatioiden rajapinnoilla työntekijä voi joutua kohtaamaan tilanteita, joissa ei yksilönä voi hallita tai vaikuttaa monimutkaiseen asioiden ketjuihin. Käytännössä järjestelmän moraalit näyttävät asiakkaan saamista palveluissa, siinä miten hallinto, johto- ja talous ja työntekijät muuttuvat tehdyksi työkseen, vastuunkantamiseksi tai sen välttämiseksi. Eettisesti ristiriitaisia tilanteita ei voi välttää, mutta niiden aiheuttamaa painolastia voi vähentää erilaisin keinoin. Tässä keskiössä ovat palvelurakenteiden toiminta ja työntekijän, työryhmän ja moniammatillisen verkoston saama tuki työlleen myös palvelujärjestelmän raja- ja yhdyspinnoilla tapahtuvassa työssä.

## LÄHTEET

Boyas, J. ja Wind, L. H. 2010. Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review* 32 (2010) 380–388.

Corley, M. C. 2002. Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda. *Nursing Ethics* 2002 (6), 636–650.

Hulburt M. S., Leslie L. K., Landsverk J., Barth R. P., Burns B. J., Gibbons R. D., Slymen D. J. ja Zhang J. 2004. Contextual Predictors of Mental Health Service Use Among Children Open to Child Welfare. *Archives of General Psychiatry* 2004 Vol 61 1217–1224.

Hotari, K-E. ja Metteri, A. 2010. Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2010. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - yhteiset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Koponen N., Laukkanen E., Tolmunen T. ja Ovaskainen S. Joutuvatko sijaishuoltoapaikkojen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle? *Suomen Lääkärilehti* 49/2010 vsk 65. 4073–4078.

Laitinen, M. ja Väyrynen, S. 2011. Eettiset haasteet lastensuojelun sosiaalityön prosesseissa. Teoksessa Pehkonen, Aini ja Väänänen-Fomin, Marja (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. PS-kustannus, Jyväskylä. 163–187.

Lehto-Salo P. 2011. Koulukotisijoitus - nuorten toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämishaasteena. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 414, Jyväskylä.

Leslie L. K., Hulburt M. S., James S., Landsverk J., Slymen D. J. ja Zhang J. 2005. Relationships Between Entry Into Child Welfare and Mental Health Service Use. *Psychiatric Services*. 2005 Vol 56 No. 8. 981–987.

Lloyd C., King R. and Chenoweth, L. 2002. Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health* (2002) 11, 3, 255–265.

Metteri A. ja Hotari K-E. 2011. Eettinen kuormittuminen ja toimintaympäristö nuorten palveluissa. Teoksessa Pehkonen, Aini ja Väänänen-Fomin, Marja (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-kustannus, Jyväskylä. 67–93.

O'Donnell, P., Farrar, A., Brintzenhofe, S., Conrad, A. P., Danis, M., Grady, C., Taylor, C. ja Ulrich, C. M. 2008. Predictors of Ethical Stress, Moral Action and Job Satisfaction in Health Care Social Workers. *Social Work in Health Care* 2008, 46:3, 29–51.

Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Seminaari Helsingissä 17.8.2000. Loppuasiakirja. 2001. Teoksessa: Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki.

Pasanen T. 2001. Lastenkodin asiakaskunta. Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidon tarpeesta. Turun yliopisto, Turku.

Proctor, E. K., Morrow-Howell, N. ja Lott, C. L. 1993. Classification and Correlates of Ethical Dilemmas in Hospital Social Work. *Social Work* 1993, 38(2), 166–177.

Seikkula J. ja Arnkil T. E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammi, Helsinki.

Skagert, K., Dellve, L., Eklöf, M., Pousette, A. ja Ahlberg Jr, G. 2008. Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. *Applied Ergonomics* 39 (2008), 803-811.

Sullivan D. J. ja van Zyl M. A. 2008. The well-being of children in foster care: Exploring physical and mental health needs. *Children and Youth Services Review* 2008, 30 (7), 774–786.

Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. ja Grady, C. 2007. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine* 2007, 65, 1708–1719.

# ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN LASTENSUOJELUN PALVELUISSA JA NUORISOPSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA

*Heikki Ellilä & Tiina Pelander*

## TAUSTAA

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat ja henkinen pahoinvointi ovat saaneet osakseen runsaasti huomiota maamme mediassa ja julkisessa keskustelussa viime vuosien aikana. Lisäksi julkisesta keskustelusta on syntynyt kuva alaikäisten mielenterveyshäiriöiden kasvusta sekä hoitomahdollisuuksien riittämättömyydestä. (ks. esim. Turun Sanomat 12.11.2011.) Psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö Suomessa onkin kolminkertaistunut 15–18-vuotiaiden ikäryhmässä ja kaksinkertaistunut 10–14-vuotiaiden ryhmässä viimeisen 20 vuoden aikana (THL, Hilmo-rekisteri 2010). Käyntimäärien voimakas kasvu herättää kysymyksiä, sillä varsinaisten psykiatristen häiriöiden esiintyvyydessä ei näytä tapahtuneen suuria muutoksia viimeisten vuosien aikana (Santalahti & Sourander 2007). Lievemmat vaivat, kuten vatsan ja pään alueen kivut, väsyneisyys ja univaikeudet näyttävät puolestaan lisääntyneen selvästi ainakin lasten keskuudessa (Luntamo ym. 2011). Yleisen 2000-luvulla tapahtuneen suhteellisen köyhyyden lisääntymisen mukaan tuomasta lapsiköyhyyden lisääntymisestä on olemassa selkeitä viitteitä (Tilastokeskus 2010).

Kuntien lastensuojelupalveluiden käyttö, lasten ja nuorten sijoitukset kodin ulkopuolelle sekä alaikäisten huostaanotot ovat lisääntyneet merkittävästi viimeisen 20 vuoden aikana (THL, Sotkanet 2010). Tänä aikana esimerkiksi lastensuojelun avopalveluiden käyttökerrat ovat melkein kolminkertaistuneet. Merkittävää on, että samanaikaisesti kuntien lapsiperheille suunnatut kotipal-

velukäynnit ovat vähentyneet suurin piirtein saman verran (Lammi-Taskula ym. 2009). Lisäksi koululaisten käynnit koululaistenterveydenhoitajan vastaanotolla ovat samanaikaisesti selvästi harventuneet (THL 2009).

Raja lastensuojelu- ja psykiatrian palveluiden välillä on epäselvä ja esimerkiksi lastenkoteihin sijoitetut alaikäiset kärsivät hyvin samankaltaisista psykiatrisista häiriöistä kuin psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavat lapset, häiriöiden esiintyvyyden ollessa myös samalla tasolla (Hukkanen 2002). Nuoren valikoituminen palvelujärjestelmässä joko lastensuojelun tai psykiatrian avun piiriin on sattumanvaraista. Valikoituminen tapahtuu nuoren ongelmien havaittajan, tämän koulutuksen ja ammatillisen kentän kautta. Myös vanhempien koulutuksella, sosiaalisella asemalla, aktiivisuudella/passiivisuudella ja perheen asuinpaikalla on merkitystä siinä, minkä normijärjestelmän alaisuudessa ensimmäiset toimenpiteet aloitetaan. (Mahkonen 2010, 22; Taipale 2006,171.)

Keskeisimmät syyt lasten sijoituksiin kodin ulkopuolelle liittyvät vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmiin (STM 2004). Lapsen tai nuoren tullessa psykiatrian tai lastensuojelun palveluiden piiriin tuo hän lähes aina asiakkaaksi myös perheensä ja mahdollisesti muun lähiverkostonsa (esim. omaiset) ja usein myös viranomaiset, kuten koulun tai päivähoidon työntekijöitä (Piha 2004). Lastensuojelutyön ja psykiatrisia palveluiden käyttäviä lapsia ja vanhempia voidaan pitää kokemusasiantuntijoina, joiden näkemyksistä ja mielipiteistä voisi olla paljonkin hyötyä esimerkiksi palveluita kehitettäessä. Fraserien ja Southwellin (2010) tutkimuksessa ilmeni, että nuorten lastensuojelun asiakkaiden mielestä heitä kuultiin pienten päätösten yhteydessä, mutta sivuutettiin heidän elämänsä kannalta tärkeitä päätöksiä tehtäessä. Vanhempien sitoutumisella lasten hoitoprosesseihin on havaittu vaikuttavan positiivisesti lasten selviytymiseen vaikeissakin tilanteissa (Kemp ym. 2009). Nuorten ja heidän vanhempiensa mielipiteitä asiakaslähtöisyyden ja osallisuudesta on kuitenkin tutkittu niukasti (Altman 2008). Pekkarinen (2011) korostaakin raportissaan ”Lastensuojelun tieto ja tutkimus” lasten kokemusten, oikeuksien ja osallisuuden tutkimisen tärkeyttä kehitettäessä lastensuojelupalveluita.

Tämän artikkelin tavoitteena on esitellä tutkimusta, jossa selvitettiin asiakaslähtöisyyden toteutumista lastensuojelun ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käyttävien asiakkaiden, lapsien ja heidän huoltajiensa näkökulmasta. Tarkoituksena oli kuvata lasten ja nuorten sekä heidän huoltajiensa kokemuksia asiakaslähtöisyydestä lastensuojelun ja/tai psykiatrian palveluista.

Tutkimuksessa mukana olleiden toimipaikkojen henkilökunta suoritti kyselylomakkeiden lähettämisen tutkimuksen kohderyhmälle. Tutkimushenkilöiden henkilöllisyys tai osoitetiedot eivät tulleet tutkijoiden tietoon missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusta varten haettiin luvat Turun yliopiston eettiseltä lautakunnalta, Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin Psykiatrian klinikalta, Salon ja Raision kaupunkien sosiaalijohtajilta sekä Lausteen perhekuntoutuskeskuksen johtajalta.

Artikkelissa jäsennellään ensin osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteitä, luodaan katsaus tärkeimpiin lastenoikeuksia käsittelevään lainsäädäntöön sekä sitä ohjaaviin yleismaailmallisiin julistuksiin. Seuraavaksi esitellään lastensuojelun ja psykiatrian rajapinta hankkeen osatutkimusta ”Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutuminen” sekä sen taustoja, menetelmiä ja tuloksia. Lopuksi tutkimustuloksista tehdään yhteenveto.

## OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS

Käsite ”asiakkaan tai palveluiden käyttäjän osallisuus” on hankalasti määriteltävissä (Julkunen & Heikkilä 2007). Heidän mukaansa osallisuus on laajempi käsite kuin osallistuminen. Sirviön (2010) puolestaan selittää *osallisuuden* kiinnittymisenä yhteiskuntaan, mahdollisuutena osallistua, toimia ja vaikuttaa, kun taas *osallistuminen* tarkoittaa konkreettista ”mukana olemista”, mutta ei välttämättä vaikuttavuutta. Thomas (2002) jäsentää asiakkaan osallisuuden ulottuvuudet seuraavasti: a) mahdollisuus valita, b) mahdollisuus saada tietoa, c) mahdollisuus vaikuttaa päätöksenteko prosessiin d) mahdollisuus ilmaista itseään ja puhua puolestaan, e) mahdollisuus saada apua ja tukea itsensä ilmaisemiseen ja f) mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin.

Sosiaali- ja terveystalveluiden yhteydessä asiakkaan/potilaan osallisuudesta ei ole juurikaan olemassa tutkimusta ja aihetta on käsitelty julkisessa keskustelusakin varsin vähän (Goodwin & Happel 2006, Altman 2007). Laitilan väitöskirjan (2010) tulosten mukaan mielenterveystalveluita käyttävät tarkoittavat osallisuudella asiakkaiden/potilaiden asiantuntijuuden hyväksymistä ja heidän kokemustensa hyödyntämistä talveluiden käytössä ja suunnittelussa. Osallisuuden muotoja olivat osallisuus hoitoon sekä talveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen (Laitila 2010).

Yleisellä tasolla lapsen ja nuoren osallisuudella tarkoitetaan mahdollisuutta olla osallisena ja mukana itselle merkittävien asioiden suunnittelussa ja käsittelyssä. Osallisuuden kokemus voidaan nähdä yhtenä tärkeänä elementtinä lapsen ja nuoren identiteetin kehityksen kannalta. Osallistuminen perheen, suvun, oman asuinalueen ja muiden elämänpiiriin kuuluvien yhteisöjen elämään ja toimintaan antaa kasvavalle lapselle mahdollisuuden rakentaa ymmärrystä siitä, kuka minä olen, mihin minä kuulun ja miten minä elän (Bardy ym. 2001). Kyse on siis yhdestä kasvun ja kehityksen perusedellytyksestä. Osallistumisen kautta opitaan olemaan ja elämään yhdessä (Oranen 2008). Osallisuutta ja osallistumista omaa elämää koskevien päätösten tekoon voidaan pitää perustavaa laatua olevana ihmisoikeutena, jonka tulisi toteutua niin lastensuojelun kuin psykiatrian palveluita käyttävien lasten ja nuorten kohdalla. Lasten ja nuorten kohdalla tulee huomioida heidän kehitystasonsa sekä eri lakeihin kirjatut säädökset. Lasten ja nuorten kohdalla viranomaisilla on erityinen velvoite kohdella heitä tasa-arvoisesti yksiköinä ja antaa heille mahdollisuutta vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. (Lastensuojelulaki 2007.) Alaikäisten osallisuudesta puhuttaessa on kysymys siitä, miten he ja heidän vanhempansa voivat olla mukana määrittämässä, toteuttamassa ja arvioimassa hänen etujensa turvaamiseksi tehtävää työtä (Sosiaaliraportti 2010).

Rostilan (2001) mukaan asiakaslähtöisyyteen kuuluu se, että asiakkaiden omia käsityksiä ja toimintaa kunnioitetaan ja että asiakas voi omalla toiminnallaan vaikuttaa siihen, missä järjestyksessä ja aikataulussa hänen asiassaan edetään ja hän saa osakseen asiallista kohtelua. Mönkkönen (2002) puolestaan erottaa asiakastyössä kolme toisistaan selvästi poikkeavaan orientaatiota: asiantuntijakeskeisen, asiakaskeskeisen ja dialogisen orientaation. *Asiantuntijakeskeisyys* viittaa paternalistiseen asiantuntijavaltaan. *Asiakaskeskeisyys*dessä asiakas nähdään toiminnan kohteena, jota asiantuntijat ohjaavat ulkoapäin, kun taas *asiakaslähtöisessä* orientaatiossa korostuvat asiakkaan omat lähtökohdat ja asiantuntijat toimivat dialogissa asiakkaan rinnalla (Mönkkönen 2002). Dialogilla tarkoitetaan kommunikaation ja koko asiakassuhteen vastavuoroisuutta (Seikkula 2005). Tärkeintä dialogissa on vuorovaikutus ja toisen osapuolen hyväksyminen subjektina, joka on oman elämänsä asiantuntija. Tästä seuraa useiden tietoisuuksien vuorovaikutuksen kokonaisuus. (Paananen 2006.)

Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallisuus ovat tunnustettuja arvoja, joiden varaan terveys ja sosiaalipalveluita tulisi rakentaa. Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutumista voidaan pitää myös palveluiden yhtenä tärkeänä tavoitteena. (Anthony & Crawford 2000.) Niiden toteutumista korostetaan mo-



nissa eri suunnitelmissa ja ohjelmissa, mutta käytännön toteutumisessa on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu paljon puutteita (Rantanen & Toikko 2006), Hotari ym. (2009) huomauttavat, että osallisuus voi toimia teorian tasolla, mutta on varsin puutteellista käytännön lastensuojelutyössä. Lisäksi Erosen ym. (2009) tutkimuksen mukaan todelliset suorat asiakkaan vaikutusmahdollisuudet ovat Suomessa vielä paljolti kehittymättä. Arnkil (2000) työtovereineen kuvaavatkin sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmäämme segmentoituneeksi, ongelmakeskeiseksi ja asiantuntijakeskeiseksi. Heidän mielestään sosiaali- ja terveystalvveluita tulisi kehittää palveluiden käyttäjän tarpeista lähteväksi asiakaslähtöisiksi ja palvelujärjestelmien rajat ylittäviksi toimintakokonaisuuksiksi. (Arnkil 2000.)

Kujalan (2003) mukaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys ovat rinnakkaiskäsitteitä, joita käytetään myös synonyymeina. Hänen mukaansa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan palvelun tavoitettavuutta ja osallisuudella asiakkaan kokemuslullottuvuutta. Osallisuus on autonomiaa, itsehoitoa ja persoonallista vaikuttamista omaan hoitoon ja aito asiakaslähtöisyys ei voi toteutua ilman asiakkaan/potilaan kokemusta osallisuudesta. (Kujala 2003.)

Asiakaslähtöisyys ja kansalaisten osallistumismahdollisuuksien parantaminen ovat keskeinen teema Euroopan Unionin terveystalvvelustrategiassa (2007), jonka mukaan asiakkaan tai potilaan tulisi olla aktiivinen toimija. Suomen uusi terveystalvveluhoitolaki (1326/2010) korostaa asiakaskeskeisyyttä ja laadukkaiden palvelujen turvaamista. Terveystalvvelupolitiikan lähtökohdaksi pitää ottaa kansalaisten tarpeet ja oikeudet, joihin kuuluvat mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa itseään koskevaan päätöksen tekoon (EU 2007). Suomessa kunta- ja palvelurakennetta uudistavassa laissa (2007/169) kuten myös sosiaali- ja terveystalvveluhoitlon toimintaohjelmassa (KASTE) painotetaan palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja erityisesti vaikeimmassa asemassa olevien kansalaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä palveluita tuotettaessa (STM 2008).

## LAPSEN OIKEUDET

Lapsen oikeus osallisuuteen on kansainvälisellä tasolla määritelty YK:n lasten oikeuksien julistuksessa (1989) ja lasten oikeuksien sopimuksessa (LOS, SopS60/1991), jonka mukaan nämä oikeudet kuuluvat jokaiselle lapselle. Sopimuksessa määritetään muun muassa lapsikansalaisten yhteiskunnallisten vaikutusmahdollisuuksien ja aikuisten vallankäytön suhdetta. Lapsen oikeuksien sopimus velvoittaa julkisen vallan käyttäjät takaamaan lapsille osallistumisen

ja mielipiteen ilmaisemisen mahdollisuudet kaikissa heitä koskevissa asioissa. Lapsen näkemykset on otettava huomioon lapsen iän ja kehitystason mukaisesti (SopS 60/1991, 12. artikla). Euroopan unionin sopimus lasten oikeuksista (1996), Suomen perustuslaki (731/1999) sekä Suomen lastensuojelulaki (417/2007) korostavat kaikki kansalaisten ja siten myös lapsien oikeuksia.

Sosiaalihuollon asiakaslaissa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 10 §) säädetään, että alaikäisen asiakkaan toivomukset ja mielipide on otettava huomioon hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttämällä tavalla. Lastensuojelulaki (417/2007) korostaa voimakkaasti lapsen oikeutta osallisuuteen kaikissa lastensuojeluprosessin vaiheissa. Luvussa lapsen osallisuudesta (luku 4, 20 §–24 §) mainitaan lapsen mielipiteen selvittäminen, kuuleminen, puhevallan käyttö ja edunvalvonta. Lapsen mielipiteet ja toivomukset ovat aina, iästä riippumatta, selvitettävä. Tähän sisältyy myös velvollisuus antaa lapselle tietoa häntä koskevasta asiasta (5 §). Laki antaa 12 vuotta täyttäneelle lapselle valtaa vaikuttaa työskentelyyn ja toimenpiteisiin, koska hänellä on mahdollisuus käyttää puhevaltaa lastensuojeluasioissa huoltajansa ohella (21 §).

YK:n lapsen oikeuksien komitean raportissa Suomen valtiota pyydettiin kiinnittämään huomiota lastensuojelun laatuun ja valvontaan sekä lasten ja nuorten riittämättömiin mielenterveyspalveluihin ja erityisesti laitoksiin sijoitettujen lasten oikeuteen saada tarvittaessa mielenterveyspalveluja (Lapsivaltuutettu 2011).

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tarkoituksena oli kuvata nuorten sekä heidän huoltajiensa kokemuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta lastensuojelun ja/tai nuorisopsykiatrian palveluissa.

Tutkimusongelmat olivat:

Miten lapsensuojelun/nuorisopsykiatrian palveluissa huomioidaan perheiden osallisuus huoltajan näkökulmasta?

Miten lastensuojelun/nuorisopsykiatrian palveluissa huomioidaan nuorten osallisuus nuoren näkökulmasta?

## TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Lasten ja huoltajien lomakkeet olivat osin erilaiset. Kyselylomakkeen kysymykset modifioitiin vastaamaan kunkin tutkimuksen kohderyhmän ja siihen osallistuneen toimipaikan erityispiirteitä. Nuorten huoltajille tarkoitettu lomake sisälsi yhteensä 26 kysymystä: kolme (3) taustakysymystä, 20 dikotomista kyllä/ei -väittämää sekä kolme (3) avointa kysymystä. Väittämät liittyivät asiakaslähtöisyyteen, asiakkaan tiedon saantiin, palveluiden käyttöön ja hoidon vaikuttavuuteen. Lisäksi vastaajilta kysyttiin avoimissa kysymyksissä syitä palveluiden käyttöön, hyviä ja huonoja kokemuksia palveluista sekä ehdotuksia palveluiden parantamiseksi. Lasten lomakkeissa käsiteltiin samoja aihealueita väittämien määrän ollessa 12–13 ja avointen kysymysten kolme. Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Tutkimusaineisto analysoitiin määrällisesti frekvenssitunnusluvuin (f) sekä laadullisesti sisällönanalyysillä.

## TUTKIMUSAINIESTO

Tutkimusaineisto kerättiin helmi-huhtikuussa 2011 viidestä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian toimipisteestä: kahdelta (2) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatriselta poliklinikalta (Raisio ja Salo), samojen kaupunkien lastensuojelun avopalvelukeskuksista (2) sekä Lausteen perhekuntoutuskeskuksesta Turussa. Tutkimuksen kohderyhmäksi muodostui edellä mainituissa toimipaikoissa vuonna 2011 asiakkaina/potilaina olevat, vuosina 1994–1999 syntyneet lapset sekä heidän huoltajansa. Kyselylomakkeet toimitettiin vastaajille tutkimukseen osallistuneiden toimipaikkojen henkilökunnan toimesta. Lomakkeita lähetettiin Raision nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaille ja heidän huoltajilleen 174 sekä Salon nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaille ja heidän huoltajilleen 86. Raision lastensuojelun nuorille asiakkaille ja heidän huoltajilleen lähetettiin 120 lomaketta sekä Salon lastensuojelun nuorille asiakkaille ja heidän huoltajilleen 163. Lausteen perhekuntoutuskeskuksessa asuville nuorille ja heidän vanhemmilleen toimitettiin yhteensä 64 kyselylomaketta. Kysely uudistettiin Raision nuorisopsykiatrian poliklinikalla (100 uutta lomaketta) ja Salon nuorisopsykiatrian poliklinikalla (63 uutta lomaketta).

## TULOKSET

### Nuorisopsykiatrian poliklinikoilla hoidettavana olevat nuoret ja heidän huoltajansa

Nuorisopsykiatrian poliklinikoilta vastauksia saatiin (n=47) nuorelta ja yhtä monelta vanhemmalta (n=47) 18,8 %. Lastensuojelupalveluita käyttäviltä nuorilta puolestaan saatiin vastauksia (n= 27) 9,5 % ja heidän vanhemmiltaan (n=29) 10,2 %.

Vastanneista nuorisopsykiatrian poliklinikoiden potilaista oli yhtä monta tyttöä kuin poikaa ja ikäjakauma oli seuraava: 13 v 12 %, 14 v 12 %, 15 v 20 %, 16 v 22 %, 17 v 20 % ja 18–19 v 12 %.

### Asiakaslähtöisyyden toteutuminen nuorisopsykiatrian poliklinikalla huoltajien näkökulmasta

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että nuorten huoltajat olivat varsin tyytyväisiä poliklinikkojen asiakaslähtöisyyteen. He kokivat työntekijöiden ottavan huomioon nuoren mielipiteet. Samoin he kokivat työntekijöiden ymmärtävän heitä huoltajina ja että heidän oli ollut helppo puhua työntekijöille. Huoltajat olivat tyytyväisiä myös käynneistä sopimiseen, eli aikaan ja paikkaan. Eniten kritiikkiä sai osakseen avun saamisen vaikeus. (Taulukko 1.)

**TAULUKKO 1.** *Huoltajien kokemukset poliklinikoiden asiakaslähtöisyydestä.*

	KYLLÄ f	EI f
Nuoreni poliklinikakäynneistä on sovittu minun kanssani (n=47)	39	8
Käynnit järjestettiin minulle sopivana aikana ja sopivassa paikassa (n=47)	40	7
Koen, että nuoreni asioita hoitavat työntekijät ymmärsivät minua (n=46)	38	8
Mielipidettäni on kysytty nuoreni asioista päätettäessä (n=47)	42	5
Avun löytäminen nuorelleni on ollut helppoa (n=47)	22	25
Nuoren mielipiteet huomioitiin häntä koskevissa asioissa (n=46)	41	5
Minun on ollut vaikea puhua nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöille (n=45)	2	43

## Tiedonsaannin toteutuminen nuorisopsykiatrian poliklinikalla huoltajien näkökulmasta

Vanhemmat olivat varsin tyytyväisiä tiedon saantiin poliklinikoilla. He tiesivät pääsääntöisesti syyn heidän lapsensa poliklinikalla käynteihin ja tiesivät myös nuorta hoitavan lääkärin, hoitajan tai terapeutin nimen. He kokivat saaneensa myös tarpeeksi tietoa nuoren tilanteesta. Yli puolet vanhemmista kertoi, että ei ollut tietoinen oikeudestaan saada lukea nuoren luvalla nuorta koskevat sairaskertomusdokumentit. (Taulukko 2.)

**TAULUKKO 2.** *Huoltajien kokemukset tiedon saannista.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI F</b>
Tiedän, miksi nuoreni on nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaana (n=47)	46	1
Tiedän, kuka on nuoreni hoidosta vastaava lääkäri (n=47)	42	5
Tiedän, kuka on nuoreni hoidosta vastaava hoitaja/terapeutti (n=47)	37	10
Olen saanut tarpeeksi tietoa nuoreni tilanteesta (n=46)	34	12
Minulle on kerrottu, että saan lukea nuortani koskevat sairaskertomustekstit nuoreni luvalla (n=45)	23	22

## Huoltajien kokemukset muiden palveluiden käytöstä ja hoidon vaikuttavuudesta nuorisopsykiatrian poliklinikalla

Hieman alle puolet perheistä oli käyttänyt myös lastensuojelun avopalveluita. Yksi neljäsosa nuorista oli ollut hoidettavana psykiatrisessa sairaaloissa ja lähes puolet nuorista oli käyttänyt myös muita psykiatrisia avopalveluita. Vain muutaman perhe oli käyttänyt lastensuojelun laitospalveluita, kuten lastenkotia. (Taulukko 3.) Lisäksi kaksi kolmasosaa vanhemmista ajatteli, että heidän nuorensa vointi oli kohentunut nuorisopoliklinikan hoitojakson aikana (Taulukko 4).

**TAULUKKO 3.** *Huoltajien kokemukset muiden palveluiden käytöstä.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI f</b>
Perheemme on käyttänyt myös lastensuojelun avopalveluita esim. tukihenkilö, perhetyöntekijä (n=47)	19	28
Nuoreni on ollut sijoitettuna perhehoitoon (n=47)	4	43
Nuoreni on ollut sijoitettuna johonkin lastensuojelulaitokseen kuten lastenkotiin (n=47)	3	44
Nuoreni on käyttänyt muita psykiatrisen avohoidon palveluita esim. yksityissektoria ja lastenpsykiatrian poliklinikka (n=47)	20	27
Nuoreni on ollut hoidossa psykiatrisessa sairaalassa (n=47)	13	34

**TAULUKKO 4.** *Huoltajien kokemukset nuorisopoliklinikan palveluiden käytöstä vaikuttavuudesta.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI f</b>
Nuoreni vointi on muuttunut parempaan suuntaan nuorisopoliklinikan hoitojakson aikana (n=46)	31	15
Nuoreni vointi on suunnilleen samanlaista nyt kuin silloin, kun hän aloitti hoitojakson nuorisopsykiatrian poliklinikalla (n=47)	13	34

**Asiakaslähtöisyyden toteutuminen nuorisopsykiatrian poliklinikalla nuorten näkökulmasta**

Nuoret tuntuivat olevan varsin tyytyväisiä poliklinikoiden asiakaslähtöisyyteen ja lähes kaikki nuoret kokivat, että heidän oli helppo puhua työntekijöiden kanssa; heitä ja heidän vanhempiaan myös kuunneltiin. Eniten kritiikkiä sai osakseen poliklinikkakäynneistä sopiminen: noin yksi neljäsosa vastaajista oli sitä mieltä, että käynneistä ei ollut sovittu heidän kanssaan. (Taulukko 5.)

**TAULUKKO 5.** *Nuorten kokemukset poliklinikoiden asiakaslähtöisyydestä.*

	KYLLÄ f	EI f
Olen voinut puhua minulle tärkeistä asioista nuorisopsykiatrian poliklinikalla (n=47)	41	6
Tunnen, että nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijät ymmärtävät toiveitani ja ajatuksiani (n=46)	37	9
Poliklinikkakäynneistä on sovittu minun kanssani (n=48)	33	15
Käynnit järjestettiin minulle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa (n=48)	41	7
Minun on ollut vaikea puhua työntekijöille (n=47)	10	37
Mielipiteeni on huomioitu, kun tehdään päätöksiä minun asioistani (n=46)	35	11
Vanhempieni/hoitajani mielipiteitä kuunneltiin, kun tehtiin päätöksiä minua koskevista asioista (n=47)	45	2

### Tiedon saannin toteutuminen ja hoidon vaikuttavuus nuorisopsykiatrian poliklinikalla nuorten näkökulmasta

Nuoret tuntuivat olevan varsin hyvin informoituja hoitoonsa liittyvistä asioista, tosin n. neljännes nuorista ei tiennyt heitä hoitavan lääkärin ja hoitajan nimeä. Lisäksi yli puolet vastaajista ei tiennyt, miten heidän hoitonsa jatkuu tulevaisuudessa. (Taulukko 6.) Yli kaksi kolmasosaa nuorista koki, että käynnit poliklinikalla olivat auttaneet heitä. Toisaalta vähän alle puolet nuorista koki, että heidän vointinsa ei ollut juurikaan muuttunut hoidon aikana. (Taulukko 7.)

**TAULUKKO 6.** *Nuorten kokemukset tiedon saannista.*

	KYLLÄ f	EI f
Tiedän, miksi olen nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaana (n=48)	47	1
Tiedän, kuka on minun hoidostani vastaava lääkäri (n=45)	31	14
Tiedän, kuka on hoidostani vastaava hoitaja/terapeutti (n=48)	38	10
Tiedän, miten hoitoni jatkuu tulevaisuudessa (n=47)	23	24

**TAULUKKO 7.** Nuorten kokemukset nuorisopoliklinikan palveluiden käytöstä vaikuttavuudesta.

	KYLLÄ f	EI f
Käynnit nuorisopsykiatrian työntekijöiden luona ovat auttaneet minua ja perhettäni (n=45)	36	9
Vointini on suunnilleen samanlaista nyt kuin silloin, kun tulin hoitoon nuorisopsykiatrian poliklinikalle (n=48)	18	30

## LASTENSUOJELUN PALVELUITA KÄYTTÄVÄT NUORET JA HEIDÄN HUOLTAJANSA

Lastensuojelupalveluiden vastanneista asiakkaista poikia oli enemmistö eli 62 %, ikäjakautumaan ollessa seuraava: 13 v 31 %, 14 v 4 %, 15 v 15 %, 16 v 23 %, 17 v 23 % ja 18–19 v 4 %.

### Asiakaslähtöisyyden toteutuminen lastensuojelu palveluissa huoltajien näkökulmasta

Huoltajat kokivat, että tapaamisten järjestämisessä heitä oli kuunneltu ja että heidän oli yleisestikin helppo puhua henkilökunnan kanssa. Toisaalta lähes kolmannes vastaajista koki, että henkilökunta ei ymmärtänyt heitä. Lähes puolet vastaajista oli kokenut avun saamisen nuorelle vaikeana. (Taulukko 8.)

**TAULUKKO 8.** Huoltajien kokemukset asiakaslähtöisyydestä.

	KYLLÄ f	EI f
Tapaamisista työntekijöiden kanssa on sovittu kanssani (n=29)	25	4
Tapaamiset järjestettiin minulle sopivana aikana ja sopivassa paikassa (n=29)	23	6
Koen, että nuoreni asioita hoitavat työntekijät ymmärsivät minua (n=29)	17	12
Mielipidettäni on kysytty nuoreni asioistani päätettäessä (n=28)	20	8
Avun löytäminen nuorelleni on ollut helppoa (n=29)	16	13
Nuoren mielipiteet huomioitiin häntä koskevilla asioissa (n=29)	21	8
Minun on ollut vaikea puhua lastensuojelun työntekijöille (n=29)	6	23



## Tiedonsaannin toteutuminen huoltajien näkökulmasta

Huoltajien kokemukset tiedon saannista olivat vastanneiden keskuudessa varsin positiiviset. Noin kolmasosa kuitenkin koki tiedon jakamisessa olevan parantamista. (Taulukko 9.)

**TAULUKKO 9.** *Huoltajien kokemukset tiedon saannista.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI f</b>
Tiedän, miksi nuoreni on lastensuojelun asiakkaana (n=29)	27	2
Tiedän, kuka on nuoreni asioista vastaava sosiaalityöntekijä (n=29)	29	-
Olen saanut tarpeeksi tietoa nuoreni tilanteesta (n=28)	19	9
Minulle on kerrottu, että saan lukea nuortani koskevat raportit (n=28)	17	11
Olen saanut tarpeeksi tietoa lastensuojelupalveluiden eri vaihtoehtoista (n=27)	16	11

## Huoltajien kokemukset muiden palveluiden käytöstä ja hoidon vaikuttavuudesta

Yli puolet vastanneista perheistä oli käyttänyt myös muita lastensuojelun palveluita ja psykiatrisen palvelujärjestelmän palveluita, seitsemän vastanneista ilmoitti nuoren olleen joskus psykiatrisessa sairaalassa ja vain kaksi nuorta oli ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle (Taulukko 10). Kaksi kolmasosaa vanhemmista koki, että nuorten tilanne oli muuttunut parempaan suuntaan sinä aikana, jolloin nuori oli ollut lastensuojelupalveluiden asiakkaana (Taulukko 11).

**TAULUKKO 10.** *Huoltajien kokemukset muiden palveluiden käytöstä.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI f</b>
Perheemme on käyttänyt myös lastensuojelun muita avopalveluita, esim. perhetyöntekijää tai tukihenkilöä (n=28)	18	10
Nuoreni on ollut sijoitettuna perhehoitoon (n=28)	1	27
Nuoreni on ollut sijoitettuna lastensuojelulaitokseen kuten lastenkotiin (n=16)	2	14
Nuoreni on käyttänyt psykiatrisen avohoidon palveluita, esim. lasten/nuorisopsykiatrian poliklinikka tai yksityissektori (n=29)	18	11
Nuoreni on ollut hoidossa psykiatrisessa sairaalassa (n=29)	7	22

**TAULUKKO 11.** *Huoltajien kokemukset lastensuojelupalveluiden vaikuttavuudesta.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI f</b>
Nuoreni elämä on muuttunut parempaan suuntaan lastensuojelun asiakkaana oloaikana (n=27)	18	9
Nuoreni elämä on suunnilleen samanlaista nyt kuin silloin, kun hän ryhtyi asioimaan lastensuojelun palveluissa (n=27)	10	17

### Asiakaslähtöisyyden toteutuminen lastensuojelupalveluissa nuorten näkökulmasta

Nuorten vastauksissa palveluiden asiakaslähtöisyydestä oli paljon hajontaa. Esimerkiksi noin puolet koki, että työntekijät eivät ymmärtäneet heitä ja että heidän mielipiteitään ei otettu huomioon heitä koskevissa päätöksissä. (Taulukko 12.)

**TAULUKKO 12.** *Nuorten kokemukset asiakaslähtöisyydestä.*

	<b>KYLLÄ f</b>	<b>EI f</b>
Olen voinut puhua minulle tärkeistä asioista sosiaalityöntekijöiden kanssa (n=27)	18	9
Tunnen, että työntekijät ymmärtävät toiveitani ja ajatuksiani (n=27)	11	16
Tapaamisista työntekijöiden kanssa on sovittu minun kanssani (n=17)	6	11
Käynnit järjestettiin minulle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa (n=17)	6	11
Tapaamisissa puhuttiin minulle tärkeistä asioista (n=26)	15	11
Minun on ollut vaikea puhua työntekijöille (n=27)	9	18
Mielipiteeni on huomioitu, kun tehdään päätöksiä minun asioistani (n=26)	13	13
Vanhempieni/huoltajani mielipiteitä kuunneltiin, kun tehtiin päätöksiä minua koskevista asioista (n=26)	16	10

### Tiedon saannin toteutuminen ja hoidon vaikuttavuus lastensuojelussa nuorten näkökulmasta

Nuoret vastaajat olivat yleisesti ottaen varsin tyytyväisiä tiedon saantiinsa, tosin noin puolet vastanneista ei ollut tietoinen oman hoitonsa jatkosuunnitelmista (Taulukko 13). Tasan puolet nuorista koki, että käynnit lastensuojelun

palveluissa oli auttanut heitä ja heidän perheitään. Yli puolet koki elämänsä muuttuneen lastensuojelun asiakkuuden aikana (Taulukko 14).

**TAULUKKO 13.** *Nuorten kokemukset tiedon saannista.*

	KYLLÄ f	EI f
Tiedän, miksi olen lastensuojelun asiakkaana (n=27)	21	6
Tiedän, kuka on minun asioistani vastaava sosiaalityöntekijä (n=27)	21	6
Tiedän, miten hoitoni jatkuu tulevaisuudessa (n=27)	14	13

**TAULUKKO 14.** *Nuorten kokemukset lastensuojelupalveluiden vaikuttavuudesta.*

	KYLLÄ f	EI f
Käynnit lastensuojelun työntekijöiden luona ovat auttaneet minua ja perhettäni (n=26)	13	13
Elämäni on suunnilleen samanlaista nyt kuin silloin, kun tulin lastensuojelun asiakkaaksi (n=27)	9	18

### Syitä nuorisopsykiatrian poliklinikalla ja lastensuojelun palveluissa käynteihin

Huoltajat ja nuoret antoivat useita eri vastauksia. Yleisimpänä syynä pidettiin masennuksen tai muun psyykkisen sairauden hoitoa, ongelmia kotona ja koulussa sekä nuoren lääkityksen seuranta. Lastensuojelupalveluiden käytön keskeisempinä syitä nähtiin useampia, kuten nuorten käytös- ja koulunkäyntiin liittyvät ongelmat, lasten kaltoinkohtelu, vanhempien sairastelu, erotilanne ja vanhempien jaksamisen ongelmat yleensä.

Seuraavassa kuvataan huoltajien vastauksissa esille nousutta kritiikkiä koskien sekä lastensuojelupalveluita että nuorisopsykiatrian poliklinikoiden toimintaa. Kritiikkiä havainnollistetaan vastauksista poimituilla suorilla lainauksilla.

## **Tyytymättömyys hoitoon ja avun saantiin**

*Huonoa on, ettei kerrota mitä apua lapseni voisi saada. Pitäisi itse osata pyytää vaan kun ei tiedä.*

*Avun saanti kesti useita kuukausia...*

## **Vaihtuvat työntekijät**

*Nuoren ja perheen on vaikea olla hoitosuhteessa paikkaan jossa voi joka kerta olla uusi lääkäri. ... Aina kerrataan samat asiat uusiksi...*

*Tutut sosiaalityöntekijät vaihtuneet uusiin, muistiinpanot vähäisiä ja puutteellisia.*

## **Tiedonsaanti**

*Toivoisin enemmän palautetta lapsen tilanteesta jotta myös kotona voitaisiin antaa kaikki tuki.*

*Hoitaja kieltäytyi ehdottomasti minulle kuuluvasta lain mukaisesta oikeudesta tarkistaa tietojen oikeellisuus.*

## **Lapsien kuunteleminen/perheen kokonaisuuden huomioiminen**

*Lapsia ja nuoria kuunneltava ja arvostettava.*

*Parempi huomioon otto koko perheen hyvinvoinnista, molemmat vanhemmat ja sisarukset.*

Seuraavassa kuvataan nuorten vastauksissa esille noussutta kritiikkiä koskien sekä lastensuojelupalveluita että nuorisopsykiatrian poliklinikoiden toimintaa. Kritiikkiä havainnollistetaan vastauksista poimituilla suorilla lainauksilla.

## **Vaihtuvat työntekijät**

*Henkilökunta vaihtuu jatkuvasti, voisi pysyä samana.*

## Käyntejä enemmän/käyntejä vähemmän

*Toivoisin, että sieltä pystyisi saamaan intensiivisempää hoitoa.*

*Tapaamisia vähemmän ja harvemmin.*

## Nuorten kuunteleminen

*Huono puoli siinä on se, että ei kuunnella tarpeeksi, siinä olisi parantamisen varaa.*

*Sitä että uskottaisiin.*

*En saanut apua tarpeeksi ajoissa. Minut ongelmani huomattiin vasta kun jouduin sairaalaan. Nuorten ongelmat pitäisi huomioida ajoissa!!!!!!!!!!!!*

*Ottakaa oikeesti nuoren mielipiteet huomioon, älkää vaa esittäkö nii.*

## YHTEENVETO

Artikkelissa esiteltiin Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinta -hankkeen osatutkimusta ”Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutuminen nuorten ja heidän huoltajiensa näkökulmasta”. Tutkimuksen avulla pystyttiin kartoittamaan nuorten ja heidän huoltajiensa kokemuksia ja mielipiteitä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta nuorisopsykiatrian poliklinikalla sekä lastensuojelun palveluisa. Vastausprosentin jäädessä hyvin alhaiseksi tulokset eivät ole yleistettävissä ja vertailujen tekeminen eri palveluorganisaatioiden välillä on mahdotonta. Vastausten vähäisestä määrästä huolimatta tulokset antavat arvokasta tietoa niille osallistuneille organisaatioille alueesta, johon aikaisemmin on kohdistunut tutkimusta vain niukasti.

Tutkimukseen vastanneiden vähäinen määrä ei tullut yllätyksenä. Yleensäkin lomakekyselyiden vastausprosentit jäävät alhaisiksi (Hirsjärvi ym. 2000) ja lastensuojelun asiakkaat muodostavat tässä mielessä aivan erityisen haasteellisen tutkimusjoukon (Pikkarainen 2011). Yhtä hyvin tämän voidaan katsoa koskevan psykiatrisessa hoidossa olevia nuoria potilaita ja heidän huoltajiaan. Jatkossa tulisi tarkasti pohtia vaihtoehtoisia tutkimusmenetelmiä: esim. erilaisia laadullisia menetelmiä, kuten haastattelua. Tutkimusten toteuttamisen kannalta myös tiivis yhteistyö lastensuojelun ja psykiatrian henkilökunnan kanssa nousee keskiöön. Haastattelututkimus lastensuojelun asiakkaille tai psykiatrian potilaille on ilman henkilökunnan apua erittäin hankala toteuttaa jo tieto-

turvan ja vaitiolovelvollisuudenkin takia. Työntekijät voisivat jatkossa toimia tutkimusavustajina siten, että he toimisivat itse haastattelijoina tai pyytäisivät asiakkaita täyttämään kyselylomakkeen esimerkiksi vastaanoton aikana. Näillä toimenpiteillä olisi hyvin todennäköisesti positiivinen vaikutus vastausprosenttiin.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että huoltajat olivat verraten tyytyväisiä asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutumisesta niin nuorisopsykiatrian poliklinikoilla kuin lastensuojelun palveluissakin. Huoltajat kokivat, että heidän toiveitaan oli otettu huomioon hoidon ja tapaamisten järjestelyissä ja että heidän oli helppo puhua työntekijöille. Eniten kritiikkiä kaikissa toimipisteissä sai osakseen hoidon tai palveluiden saavutettavuuden vaikeus. Lisäksi kolmasosa lastensuojelun palveluita käyttäneistä huoltajista koki, että työntekijät eivät täysin ymmärtäneet heitä. Yleisesti voidaan sanoa, että lastensuojelun palveluita käyttävät huoltajat olivat tyytymättömämpiä kuin lastenpsykiatrian palveluita käyttävät.

Myös nuorten vastauksissa palveluiden asiakaslähtöisyydestä oli paljon hajontaa lastensuojelupalveluita käyttävien ja nuorisopsykiatrian poliklinikalla käyvien nuorten välillä. Lastensuojelun nuorista asiakkaista noin puolet koki, että työntekijät eivät ymmärtäneet heitä ja että heidän mielipiteitään ei otettu huomioon heitä koskevissa päätöksissä. Samansuuntainen kritiikki nousi esille myös psykiatrian palveluita käyttävien nuorten vastauksissa, joissa yksi neljäsosa koki, että heidän mielipiteitään ei kuultu päätöksiä tehtäessä.

Nuorten esittämä kritiikki oli samansuuntaista kuin Fraserin ja Southwellin (2010) esittämä kritiikki nuorten mielipiteiden siivuttamisesta. Yleisesti nuorisopsykiatrian poliklinikalla käyvät nuoret tuntuivat olevan varsin tyytyväisiä poliklinikoiden asiakaslähtöisyyteen ja lähes kaikki nuoret kokivat, että heidän oli helppo puhua työntekijöiden kanssa; heitä ja heidän vanhempiaan myös kuunneltiin.

Huoltajat olivat varsin tyytyväisiä kaikkeen tiedonsaantiin sekä nuorisopsykiatrian poliklinikoilla että lastensuojelun palveluissa ja kokivat olevansa hyvin informoituja nuortensa tilanteesta. Tosin poliklinikoilla yli puolet huoltajista ei ollut selvillä oikeudestaan tutustua nuorta koskevaan dokumentaatioon nuoren luvalla ja noin kolmasosa lastensuojelun palveluita käyttävistä huoltajista koki puutteita tiedonsaannissa. Voidaan hyvällä syyllä olettaa, että tieto huoltajien mahdollisuudesta lukea nuorta koskevia asiakirjoja lisää hoidon läpinäkyvyyttä ja huoltajien luottamusta hoitavaa tahoja kohtaan.

Myös nuoret tuntuivat olevan tyytyväisiä tiedonsaantiinsa sekä poliklinikoiden potilaina että lastensuojelun asiakkaina. Nuoret olivat kuitenkin huoltajiaan enemmän epätietoisia siitä, keitä olivat heidän asioitaan hoitavat henkilöt. Eniten epäselvyyttä liittyi kuitenkin hoitajaksojen pituuteen ja siihen, että nuoret olivat epätietoisia tulevaisuuden suunnitelmista heidän hoitonsa suhteen. Nuorten epätietoisuus heitä hoitavista lääkäreistä, hoitajista tai sosiaalityöntekijöistä on varmaakin osaltaan ikään ja hämmäntävään tilanteeseen liittyvää, mutta tiedon jakamiseen kannattaisi varmasti kiinnittää huomiota. Nuorten hoitoon sitoutumisen kannalta lienee hyödyllistä se, että heidät pidetään ajan tasalla tulevaisuuden suunnitelmista hoidon suhteen ja että heidät voitaisiin mahdollisuuksien mukaan ottaa mukaan hoidon suunnitteluun. Tällä lisättäisiin myös nuorten osallisuuden kokemusta.

Noin puolet nuorisopsykiatrian poliklinikoilla asioivista perheistä oli käyttänyt myös lastensuojelun avopalveluita sekä muita psykiatrian avohoitopisteitä ja 25 % nuorista oli ollut hoidettavana psykiatrisessa sairaalassa. Merkillepantavaa on, että myös lastensuojelupalveluita käyttävistä nuorista noin puolet oli käyttänyt myös psykiatrisen avohoidon palveluita. Tosin vain seitsemän nuorta oli ollut hoidettavana psykiatrisessa sairaalassa, ja vain kaksi nuorta oli ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Eri palveluiden käyttöä koskevat tutkimustulokset ovat yhdensuuntaiset aikaisemman tutkimuksen kanssa. Lastensuojelun ja psykiatrisen hoidon piirissä olevat nuoret ja perheet käyttävät paljon toistensa palveluita, osin varmasti myös samanaikaisesti, ja on mahdollista, että nuorten ajautuvat eri palveluiden pariin hyvin sattumanvaraisesti (Taipale 2003). Yllättävää oli myös se, että lastensuojelun palveluita käyttävistä nuorista useampi oli ollut hoidossa psykiatrisessa sairaalassa kuin lastensuojelun laitoksissa.

Selvä enemmistö sekä nuorista että heidän huoltajistaan koki lastensuojelun palveluiden ja psykiatrisen hoidon auttaneet nuoria ja myös perheitä. Tyytyväisyys hoitoa ja huolenpitoa kohtaan oli kuitenkin suurempi vanhempien joukossa. Tulosta voidaan pitää merkinä hoidon ja palveluiden kyvystä tarjota tarpeenmukaista hoitoa. Nuoret ja heidän huoltajansa antoivat useita eri vastauksia siihen, miksi nuori käyttää ko. palveluita. Selitykset eroavat jonkin verran toisistaan riippuen siitä, missä nuori on asiakkaana/potilaana. Poliklinikalla hoidettavat nuoret ja heidän huoltajansa korostivat sairauden hoitoa ja erityisesti lääkityksen seurantaa, kun taas lastensuojalpalveluiden käytön keskeisempinä syitä nähtiin useampia, kuten nuorten käytös- ja koulunkäyntiin liittyvät ongelmat, lasten kaltoinkohtelu, vanhempien sairastelu, erotilanne ja

vanhempien jaksamisen ongelmat yleensä. Edellä esitetystä kävi selvästi ilmi se, miten erilaisina lastensuojelun tarjoamat palvelut koetaan psykiatrian palveluihin verrattuna. Psykiatrian poliklinikat koetaan selvästi lääketieteellistä hoitoa antavina sairautta hoitavina toimipaikkoina. Huoltajien ja nuorten vastauksissa ei ollut kovinkaan suuria eroja; tosin vanhemmat toivat esille myös nuoria enemmän nuoren itsetuhoisuuden, josta nuorten vastauksissa ei ollut lainkaan mainintaa. Suurin osa kehittämisehdotuksista liittyi henkilökunnan pysyvyyteen, hoitoon pääsyn helpottamiseen sekä siihen, että aikuiset ottaisivat nuorten sanomiset vakavasti.

## LÄHTEET

Altman, J.C. (2008). Engaging families in child welfare services: worker versus client perspectives. *Child Welfare* 87(3): 41–61.

Anthony, P. & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7(5): 425–34.

Arnkil, T., Eriksson, E. & Arnkil, R. (2000) Palveluiden ideologinen kehittäminen. Sektorikeskeisestä ja projektien kaaoksesta joustaviin verkostoihin. *Stakes, raportteja 235*, Helsinki.

Bardy, M. (2001). Pikkulapsen sijoitus oman kodin ulkopuolelle – syrjäytymisen ja liittymisen ristikohta. Teoksessa Järventie, I. & Sauli, H. (toim.) *Eriarvoinen lapsuus*. WSOY. Porvoo.

Goodwin, V. & Happel, B. (2006). Psychiatric Nurses' Attitudes Towards Consumer and Career Participation in Care Part 2 – Barriers to Participation. *Policy Politics Nursing Practice* November 2008 9(4): 249–256.

Eronen, A., Loden, P., Perälähti A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. (2009). Sosiaalibarometri (2009). Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksista. Sosiaali- ja terveysalan keskusliitto ry. Helsinki.

Euroopan unionin sopimus lasten oikeuksista (1996). [http://eeas.europa.eu/human\\_rights/guidelines/child/docs/16031\\_07\\_fi.pdf](http://eeas.europa.eu/human_rights/guidelines/child/docs/16031_07_fi.pdf).

Euroopan Unionin terveysstrategia (2007). [http://eur-lex.europa.eu/fi/dossier/dossier\\_36.htm](http://eur-lex.europa.eu/fi/dossier/dossier_36.htm).

Fraser, E. & Southwell, J. 2010. Young People's Satisfaction with Residential Care: Identifying Strengths and Weakness in Service Delivery. *Child Welfare* Vol 89 (2): 209–228.



Heino, T. (2009). Lastensuojelun tilastot, asiakkaat ja palvelut. Teoksessa Bardy M (toim.) Lastensuojelun ytimissä, 52–75. THL Yliopistopaino, Helsinki.

Hotari, K-E., Oranen, M. & Pösö, T. (2009). Lapset lastensuojelun osallisina. Teoksessa Bardy M. (toim.) Lastensuojelun ytimissä, 115–117. THL, Yliopistopaino, Helsinki.

Hukkanen, R., Sourander, A., Santalahti, P. & Bergroth, L. (2005). Have psychiatric problems of children in children's homes increased? *Nordic Journal of Psychiatry* 59(6): 481–5.

Julkunen, I. & Heikkilä, M. (2007). User involvement in personal social services. Teoksessa van Berkel, R & Valkenburg, B. (toim.) Making it personal. Individualizing activation services in the EU. 87–103. The Policy Press University University of Bristol, UK.

Kaivosoja, M. 2004. Lapsia ja nuoria koskeva lainsäädäntö. Teoksessa: Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kemp S.P., Marcenko M.O., Hoagwood K. & Vesneski W. (2009) Engaging parents in child welfare services: bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare* 88(1): 101–26.

Kujala, E. (2003). Asiakaslähtöisen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. ActaUniversitas Tampereensis 914. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Laitila, M. (2010) Asiakkaan Osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 31. 2010. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (2007). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.

Lammi-Taskula, J & Salmi, I. (2009). Työ, perhe ja hyvinvointi. Teoksessa Lammi-Taskula, J., Karvonen, S & Ahlström, S. (2009). Lapsiperheiden hyvinvointi 38–47. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopiston kirjapaino, Helsinki.

Lasten oikeuksien sopimus (1991). <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060>.

Lindhiem, O. & Dozier, M. (2007). Caregiver Commitment to Foster Children: The Role of Child Behavior. *Child Abuse and Neglect* 31(4): 361–374.

Luntamo, T., Sourander, A., Santalahti, P., Aromaa, M. & Helenius, H. (2007). Prevalence Changes of Pain, Sleep Problems and Fatigue among 8-Year-Old Children: Years 1989, 1999, and 2005. *Journal of Pediatric Psychology* 2011 Nov. 10. [Epub ahead of print].

Mahkonen, S. (2010). *Lastensuojelu ja laki*. Edita. Helsinki.

Mönkkönen, K. (2002). Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 94, Kuopio.

Oranen, M. (2008). Mitä mieltä? Mitä mieltä! Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön lastensuojelun kehittämisohjelman osaraportti. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Helsinki 2008.

Paananen, S. (2006). Lapsen hyvinvointia edistävä arki päivähoidossa. Pro gradu tutkimus. Jyväskylän Yliopisto Varhaiskasvatuksen laitos.

Pekkarinen, E. (2011). Lastensuojelun tieto ja tutkimus – Asiantuntijoiden näkökulma. Nuorisotutkimus verkosto/Nuorisotutkimusseura ry. Verkkojulkaisuja 51. Helsinki.

Piha, J. (2004). Lastenpsykiatrinen osastohoito hoitomenetelmänä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (Toim.) Lasten ja nuorisopsykiatria 442–447, Duodecim, Helsinki.

Rantanen, T. & Toikko, T. (2006). Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen. *Janus* 14(4), 403–410.

Rostila, I. (2001). Tavoitelähtöinen sosiaalityö – voimavarakeskeinen ongelmaratkaisun perusteet. *Jyväskylä SopPhil*.

Santalahti, P. & Sourander, A. (2008). Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim* 124: 1499–506.

Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 4;120(3):289-96. (2): 209–28.

Sirviö, K. (2006). Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukana olosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 132. Kuopio. Väitöskirja.

Suomen perustuslaki (1999). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

STM (2002). Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. STM:n julkaisuja 2002:12, Helsinki.

Taipale, M. (2006). Lastensuojelun antama tuki. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen Duodecim 171, Hämeenlinna.

THL-Hilmo rekisteri (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri. Erikoissairaanhoidon lasten ja nuorten psykiatria 2010. Juvesprint, Tampereen yliopistopaino, Tampere.

THL (2007). Lastensuojelurekisteri ja -tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

THL (2009). Terveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa. Tilastoraportti 18/2009.

Suomen virallinen tilasto. Terveys 2009. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr18\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr18_09.pdf).

Tilastokeskus (2010). Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkkajulkaisu]. Subjektiiivinen toimeentulo 2008, 4. Pienituloisuus ikäryhmittäin ja lapsiköyhyys. Helsinki: Tilastokeskus.

Turun Sanomat (2011). Uutinen 12.11.2011: ” Nuorten pahoinvointi ei enää edes yllätä” . YK:n lasten oikeuksien julistus (1989). [http://www.unicef.fi/lapsen\\_oikeuksien\\_julistus](http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus).

# KASVATUSTA VAI HOITOA? – LASTENKOTITYÖ KOTITAPAISUUDEN JA MIELENTERVEYDEN TULKINTAKEHYKSESSÄ

*Eeva Timonen-Kallio*

## JOHDANTO

Lastensuojelun ja lastenpsykiatrian rajapinnalla työskentelevien ammattilaisten työhön vaikuttavat monet viimeaikaiset muutokset kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja psykiatrian asiakkuuksien määrissä. Lastenpsykiatrian avohoitokäynnit kasvoivat vuonna 2008 13,4 % edelliseen vuoteen verrattuna (THL 2009, 26). Toisaalta vaikka lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen ja psyykenlääkkeiden käyttö lisääntyy 15 ikävuoden jälkeen nopeasti, epidemiologisten tutkimusten pohjalta ei kuitenkaan ole selvää, ovatko lasten mielenterveydenongelmat yleistyneet (Martikainen & Autti-Rämö 2010, 228). Vuonna 2010 kodin ulkopuolelle sijoitettuja 0–20-vuotiaita lapsia oli 17 064, joista huostassa oli 10 003 lasta. Erityisesti teinien sijoitukset ja kiireelliset huostaanotot ovat lisääntyneet (Heino 2011). Sijaishuollon kustannukset ovat nykyisin yli 500 milj. € vuosittain. Huolestuttavaa on, että sijaishuollon piirissä olevien nuorten (< 13 v) tarpeenmukainen psykiatrinen hoito toteutuu vain noin puolella (Laukkanen & Laukkanen 2004). Lastensuojelun palvelurakenteessa on syntymässä uusi rajapinta, sillä näyttäisi siltä, että pitkät nuorisopsykiatrian osastohoidot ovat siirtyneet sosiaalihuollon lastensuojelulaitoksiin ja ostopalveluina yksityisiin laitoksiin (Mäkelä 2011). Yksityisiä sosiaalipalveluja tuottavien toimintayksiköiden määrä on lisääntynyt tasaisesti koko 2000-luvun ajan.

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä lastensuojelulaitoksissa olevilla lapsilla ja nuorilla. Lastenkodin työntekijät joutuvatkin työssään kohtaamaan ja hoita-

maan nuorten vakavia psyykkisiä häiriöitä, joten myös lisääntynyt lääkehoito on laitosten arkea. Lapsen oireiden kanssa työskentelyyn haetaan usein konsultaatioapua psykiatrian poliklinikalta. Periaatteena tulisi olla, ettei moniammatillisen yhteistyön myötä lapselle tulisi uusia hylkäämisen kokemuksia, eikä häntä jälleen pakotettaisi tarpeettomasti sopeutumaan uuteen ihmissuhteeseen.

Psykiatrian osastot pystyvät lähinnä toteuttamaan tutkimusjaksoja ja lyhyitä hoitajaksoja, joiden päätteeksi nuoret siirtyvät avohoitoon. Usein vaikeasti oireilevat nuoret ovat moniongelmaisia ja arjessa pärjääminen heidän kanssaan vaatii erityisosaamista sekä riittävää resurssointia. Psykiatrian näkökulmasta ongelmana suomalaisessa hoitojärjestelmässä onkin se, että lastensuojelun yksiköissä ei aina ole käytettävissä lääketieteellistä asiantunteumusta tarpeenmukaisen lääkehoidon toteuttamiseen ja myös nuorisopsykiatrian konsultaatiomahdollisuudet ovat usein rajalliset. Lasten auttamisen ja rajapintatyöskentelyn haasteita lisää tieto, jonka mukaan lasten kasvatusta ja hoitosuunnitelmat ovat puutteellisia ja ns. ”institutionaalinen muisti” (Pösö 2011) on ohutta. Myöskään lapsen tieto (Hurtig 2006) ja tieto lapsesta ei dokumentoidu riittävästi virallisiin asiakirjoihin. Oman kiinnostavan sävöksen aihepiiriin tuo tutkimustulos, jonka mukaan nuorisopsykiatrian osastohoitoon tulleista nuorista sijaishuoltopaikkojen nuoret tulevat useammin tarkkailulähetteellä, vaikka heidän psykiatriset häiriönsä eivät ole niin vakavia kuin muualta tulleilla nuorilla (Koponen, Laukkanen, Tolmunen & Ovaskainen 2010). Tutkimustieto tukee intensiivisen, nuoren omassa elämänympäristössä eri toimijoiden yhteistyönä toteutettavien hoitojen tehokkuutta moniongelmaisten nuorten hoidossa (Pylkkänen & Marttunen 2010). Tällaisesta toimintamallista on esimerkkinä Haapasalo-Pesun artikkeli tässä julkaisussa.

Tämä artikkeli perustuu Turun ammattikorkeakoulun LAPSYKE-hankkeessa toteuttamaani osatutkimukseen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla ja yhteyspinnoilla tehtävän työn käytäntöjä työntekijöiden näkökulmasta. Yhteistyön kysymykset kiinnostavat minua erityisesti siksi, että olen tutkinut lastenkodissa työskentelevien omahoitajien ja omaohjaajien ammatillista osaamista (Timonen-Kallio 2008). Käsittelemme artikkelissa sitä, miten lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian erilaiset työn tulkintakehykset sekä erilainen tapa lähestyä lasta näkyvät yhteistyökäytännöissä.

Selvitän artikkelissa ensin tutkimuksen lähtökohtia ja tutkimuksen toteuttamista. Toiseksi paikannan lastensuojelun ja lastenpsykiatrian rajapinnoilla tehtävää moniammatillista työtä. Kolmanneksi esittelen tutkimuksen tuloksia sekä lopuksi tuon esille oman käsitykseni siitä, millaista ammatillista osaamista rajapintatyöskentely edellyttää lastenkodin työntekijöiltä. Näkökulmani on siis erityisesti lastensuojelun sijaishuollossa. Lastensuojelun sijaishuollossa asuvilla lapsilla todetaan olevan ”suuri kohtaamaton psykiatrisen hoidon tarve”, joka johtaa äkillisiin kriisitilanteisiin ja mahdollisesti akuuttiin tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon (ks. Pyökkänen & Marttunen 2010). Millaisella ammatillisella osaamisella näihin tarpeisiin vastataan?

## TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen alkuperäisen tehtävänasettelun mukaan tarkoituksena oli selvittää lastensuojelun ja psykiatrian *työprosesseja* sekä kuvata sektoreiden rajapinnoilla ja yhteyspinnoilla työskentelyn *monialaisia käytäntöjä* työntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi tutkimustehtävänä oli selvittää, minkälainen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian raja- ja yhteyspintaan tulevan palvelun tulisi työntekijöiden kehittämisehdotusten pohjalta olla. Käytin tutkimuksessa *psykiatrinen kotihoito* -käsitettä hypoteettisena käsitteenä testaamaan ja tuomaan esiin psykiatrian ja sijaishuollon välistä yhteistyötä. Käsitteellä pyrin myös tuomaan esille palvelujärjestelmän ”institutionaalista kompleksisuutta” (Pösö 2011) sekä lastenkotityön ja psykiatrisen hoitotyön omanlaisia tulkintakehyksiä (vrt. Peräkylä 1990).

Aineistonanalyysin ja teoreettisen pohdinnan myötä kysymys täsmentyi sen selvittämiseksi, mitä *psykiatrinen kotihoito* on lastenkodissa – millaisilla työmenetelmillä ja käytännöillä sitä toteutetaan? Miten työntekijöiden tulkintakehykset lastenkotityöstä vaikuttaa yhteistyöhön? Mitä yhteistyö psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa on lastenkotityöntekijöiden ammatillisena työnä?

Tutkimusmenetelminä käytin orientaatiokyselyä, asiantuntijahaastattelua sekä focusryhmähaastattelua. Orientaatiokyselyn tarkoituksena oli kartoittaa aluksi työntekijöiden käsityksiä rajapintatyöskentelyn muutoksesta ja tarvittavasta osaamisesta sekä ohjata pohtimaan etukäteen ryhmähaastattelun tulevia teemoja. Tutkimusprosessin seuraavassa vaiheessa lastensuojelun työntekijöiden ja psykiatrian nuorisopoliklinikan työntekijöiden asiantuntijahaastattelut

toteutettiin ensimmäisen kerran erikseen, jotta haastateltavat voisivat ensin omassa viiteryhmissään nostaa esille heille tärkeitä teemoja. Tämän jälkeen haastateltavat koottiin yhteen keskustelemaan focusryhmähaastatteluun. Ryhmähaastatteluissa yksittäistä osallistujaa koskeva paine esittää haastattelijalle ”oikeita vastauksia” on pienempi, mikä tuottaa moniäänisyyttä vuorovaikutukseen. (esim. Pekkarinen 2011, 18; Pietilä 2010, 215–219).

Haastattelujen tavoitteena oli, että lastensuojelun ja psykiatrian työntekijät *konstituoisivat* yhteistä työtä. Lastenkotityöntekijöiden oman puheen (Laakso 2009) ja lasten puheen (Pösö 2004) lisäksi lastenkotityön ammatillisuuskeskusteluun on tämän tutkimuksen haastatteluaineiston myötä otettu psykiatrian työntekijöiden puhe. Tutkimuksessa mukana olleiden toimipaikkojen henkilökunnasta focusryhmähaastatteluun osallistui kaksi (2) työntekijää lastensuojelun ja kolme (3) työntekijää nuorisopsykiatrian poliklinikalta. Kaikki olivat kokeneita työntekijöitä, kullakin on työkokemusta yli viisi vuotta. Haastatteluiden analyysimenetelmänä on käytetty laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysiä ja ammattirajat ylittäviä rajapintatyöskentelyn luokkia, joihin aineistoa jaettiin (Ruusu vuori & Nikander & Hyvärinen 2010, 19–25). Lastensuojelun ja psykiatrian työntekijöiden rajapintatyöskentelyn kuvauksia analysoin kehysanalyysillä (Peräkylä 1990, 16–24).

Kehykset antavat mielen ja merkityksen asioille, tilanteille ja toiminnalle. Kehys jäsentää vuorovaikutustilanteita, toimijoiden identiteettejä sekä todellisuutta koskevia versioita. Eri kehysten mukainen toiminta tuottaa ja ylläpitää henkilökunnalle ja potilaille erilaisia identiteettejä. (Peräkylä 1990). Tulkintakehykset ovat luonteeltaan ennakoivia, toimintaa suuntaavia tietämisen ja ymmärtämisen tapoja (Hurtig 2006, 172–174). Sosiaalityön tulkintakehyksinä ammatillisissa keskusteluissa elävät Hurtigin mukaan perhe-kehys, kestämiskehys, särkymis-kehys, lojaalisuus-kehys ja seuraus-kehys. Kunkin kehysten ydin ja nimi rakentuu ratkaisevasta ajatuksesta, joka tiivistää käsityksen lapsesta, lasten kokemuksista ja toiveista.

## MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ LASTENSUOJELUSSA

Yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että ihmisillä on jokin yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai asia päätettävänä, tai he miettivät uusia näkökulmia tilanteeseen yhdessä keskustellen. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön lisää erilaisia tiedollisia ja osaamiseen liittyviä näkemyksiä.

Erittäin keskeisessä asemassa onkin kysymys, miten kaikki olemassa oleva tieto ja osaaminen voidaan koota yhteen asiakaslähtöisesti parhaimman mahdollisen ymmärryksen saavuttamiseksi. Ideaalitalanteissa asiantuntijat kykenevät ylittämään roolirajojaan, jakamaan tietoa ymmärrettävästi, ottamaan yhteistä vastuuta ja olemaan halukkaita oppimaan uutta oman erikoisasiantuntijuutensa lisäksi.

Moniammatillisuus on kuitenkin luonteeltaan ongelmallista, sillä siinä pitäisi pystyä sekä kirkastamaan omaa asiantuntijuuttaan että muodostamaan ryhmän jaettua ymmärrystä. Oman erityisosaamisen tunnistaminen ja ymmärtäminen näyttäytyykin hyvin olennaisena seikkana, jotta ammattilainen kykenee antamaan tietämystään ryhmän yhteiseen käyttöön. (Isoherranen 2005, 14–19.) Moniammatillisuus korostaakin itse asiassa professioiden eroja – ammattiryhmillä on omaa kieli ja käsitteet sekä omia tapoja ymmärtää samaa todellisuutta. Tarvitaan vielä ymmärrystä yhteisen alueen luonteesta, sillä yhteinen rajapinta-alue on osa sitä, miten oma erityinen tehtävä toteutuu (Mäkelä 2011). Erosen (2007, 25) selvityksen mukaan tutkimuksissa on nostettu esiin asiakkuuden ja lapsen tarpeiden määrittelyn hankaluutta varsinkin silloin, kun tehdään moniammatillista työtä, jossa työntekijöiden ammatillisuus rakentuu erilaisten teoreettisten lähtökohtien ja näkemysten varaan.

Arnkil ja Seikkula (2009, 20–21) kuvaavat moniongelmatilanteita sellaisiksi, joissa asiakkuutta on syntynyt usealle eri taholle, ja työskentely jumiutuu usein riippumatta yksittäisten asiantuntijoiden sinänsä hyvistä ja perustelluista toimenpiteistä. Moniongelmatilanteissa asiakkaan ongelmia määritellään ja hänen toimintaansa koetetaan muuttaa monen eri tahon toimesta. Työskentely on tällöin kohdistunut eri näkökulmista asiakkaaseen, ja jokainen erikoistunut taho yrittää muuttaa asiakasta oman perustehtävänsä puitteissa. Mikäli tilanne ei kuitenkaan etene halutulla tavalla, työntekijät yrittävätkin aktiivisemmin muuttaa toisiaan. Näin muodostuu itseään toistava kehä, joka ei johdu yksin asiakkaista tai työntekijöistä. Keskinäisten tekojen kutoutuma saattaa muodostua täysin toisenlaiseksi kuin on mahdollisesti laadittu ja julkilausuttu suunnitelma. Usean toimijan muodostamaa vuorovaikutuskuviota ei voi muuttaa haluttuun suuntaan yksinomaan jonkin osapuolen komennolla tai kehotuksella. Oma toimintaansa ja sitä kautta ongelmallista kokonaisuutta on kuitenkin mahdollista muuttaa omien tekojensa avulla.

Lastensuojelussa lapsen tarpeen arviointi on lain velvoittamaa institutionaalista toimintaa, jonka sisältö perustuu käytännössä eri professioiden erikseen ja yhdessä asiakkuuden eri vaiheissa tuottamiin määrityksiin (Heino 2012,



97). Enroos (2006, 97–98, 109) on tutkinut lastensuojelun ja lastenpsykiatrian rajapinnoilla tehtävää työtä. Tutkimuksen mukaan lastensuojelu pyytää lastenpsykiatrialta apua myös sellaisiin tehtäviin, jotka itse asiassa kuuluisivat sosiaalityön asiantuntijuuteen. Sosiaalityöntekijät toivovat vaikeaan asiakassuhteeseen ratkaisuehdotuksia ja uutta tietoa lastenpsykiatrian ammattilaisilta. Enroosin (2006) mukaan ristiriidat eri organisaatioiden työntekijöiden välillä saattavat kärjistyä jo alun perin eriävien mielipiteiden mukanaan tuoman jännitteen vuoksi. Eriävät mielipiteet hajottavat yhteistyötä; niitä ei pidetä näkemyksinä siitä, miten oma erityinen tehtävä toteutuu. Lastensuojelun lastenpsykiatrialle tekemistä lausuntopyynnöistä ei ole esimerkiksi nähtävissä, että sosiaalityöntekijät olisivat pohtineet lastensuojelulle ja lastenpsykiatrialle kuuluvien tehtävien eroja (Aro 2005). Toisaalta lastenpsykiatrian kirjauksista ei käy ilmi, että lastensuojelun ja lastenpsykiatrian ammattilaiset olisivat yhteistyössä puntaroineet asiakasperheiden tilanteita. Lastenpsykiatrian kanssakäyminen lastensuojelun kanssa näyttäytyy pikemmin ”saneluna” niille toimenpiteille, joita lastensuojelun tulisi toteuttaa, ja toisaalta asiakassuhteen vetovastuusta esiintyy myös jossain määrin kilpailua (Aro 2005).

Sosiaalityöntekijän työtä ei tunneta. Lastensuojelulain mukaan terveydenhuollon ammattilainen on velvollinen antamaan lausunnon lasta koskevassa asiassa sosiaalityöntekijän pyynnöstä (41§). Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä lastensuojelun sosiaalityöntekijät käyttävät kuitenkin paljon työaikaansa oman työnsä perustelemiseen. Vermaksen (2010) tutkimuksen mukaan työssä sosiaalityö näyttäytyy terveydenhuollon ”tukitoimena”, jolloin nimenomaan lääkärin arvioilla ja ammattitaidolla on erityisen tärkeä rooli hoidettaessa psyykkisesti oirehtivia lapsia. Kuitenkin lastensuojelun sosiaalityöntekijän ratkaisut ja päätökset vaikuttavat paljon siihen, missä ja miten lapsen psykiatrinen hoito järjestyy. Vakava ongelma lapsen oikeuksien ja tarpeenmukaisen avun turvaamisessa on se, että sosiaalityöntekijät eivät tapaa välttämättä lainkaan lapsia ja nuoria, joiden sijaishuollon päätöksistä he ovat vastuussa (Pösö 2011).

## LASTENKOTITYÖN KÄYTÄNNÖT

Merkittävin ammattiryhmä kasvatustyön ja psykiatrisen ”kotihoiton” toteuttajana ovat sijaishuollon yksiköissä työskentelevät omahoitajat ja omaohjaajat. Lasten kanssa tehtävästä omahoitajatyöstä on kirjoitettu hoitona, erityisenä huolenpitona ja kasvatuksena, ja korostettu työn terapeuttista luonnetta

(Laakso 2009, 5). Lastenkotityöstä puhutaan myös vaikeahoitoisten (Tervonen-Arnkil 2000) lasten hoito- ja kasvatustyönä. Työn viitekehyksen lisäksi myös hoitomenetelmät ja niiden tietoinen soveltaminen ovat hyvin vaihtelevia eri lastensuojelulaitoksissa (Laakso 2009, 44–47).

Ammatillinen omaohjaajatyö kuvataan usein arkisena puuhailuna ja arjen yhteisenä elämisenä. Omaohjaajan roolia luonnehtii vastuu lapsen elämän kokonaisuudesta – ei ainoastaan yksittäisistä tehtävistä tai suoritteista. Laitostyössä vuorotyö, lomat ja pitkät vapaat vaikeuttavat työn suunnittelua ja yhteisiä toimintoja. Joku asia voi jäädä kesken, eikä siihen enää muisteta palata tai sopiva tilanne ja tilaisuus ”menee ohi”. Aikuiset eivät jaa arkea yhtäjaksoisesti, vaan he joutuvat turvautumaan toisten välittämiin suullisiin ja kirjallisiin viesteihin (Törrönen 1999, 104). Lastenkotien lasten kokemusmaailmassa muut lapset ovat yhtäjaksoisemmin läsnä kuin aikuiset. Lapset joutuvat tottumaan elämäntapaan, jossa lähellä olevat ihmiset vaihtuvat ja vuorottelevat. Omaohjaajan työ onkin pitää arki koossa ja saada lapselle kokemus tavallisesta arjesta, joka muodostuu toistuvista rutiineista ja arjen tehtävistä.

Tämän tutkimuksen innoittajana ovat etnografiatutkimukset koulukodista (Pösö 2004) ja lastenkodista (Laakso 2009). Koulukotitutkimuksen mukaan lasten ja nuorten psykiatrinen ja muu lääketieteellinen tutkimus ja hoito kulkevat yhä useammin lastensuojelutyön rinnakkaisprosessina sekä ennen, jälkeen että lastensuojelun asiakkuuden aikana. Koulukotiin sijoitetaan nuoria, joilla on psykiatristen tutkimusten ja hoitojen taustaa, mutta joiden arjesta vastaamisen psykiatrinen järjestelmä ohjaa koulukodeille, vaikka nuorelle olisi psykiatrisessa hoidossa asetettu useitakin diagnooseja (Pösö 2004, 123). Pösö onkin päätenyt tulkintaan, jonka mukaan tasapainoilu näiden kahden järjestelmän välimaastossa luo ja vahvistaa lapsille ja nuorille moninkertaisia identiteettejä: psyykkisesti sairas ja oireileva lastenkotinuori, jota ei voida/haluta/osata hoitaa psykiatrisessa järjestelmässä.

Monimuotoisessa lastenkodin arjessa tilanteiden vaihtuessa on vaativaa pitää mielessä oma ammatillinen tehtävä ja ammattirooli lastensuojelun palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Lastenkodin työntekijät kuvaavat usein työtään näkymättömäksi työksi, josta kertominen ulkopuolisille siten, että sen tavallisuus ja samaan aikaan siihen liittyvä erityisyys tulisivat ymmärretyiksi, koetaan vaikeaksi (Laakso 2009, 263). Mielestäni tämä ”erityisyys” liittyy juuri lasten mielenterveyden ongelmien huomioimiseen ja hoitamiseen yhteisessä arjessa sekä näiden asioiden ottamiseen puheeksi yhteistyö-

palaverissa ja konsultaatioissa. Tässä mielessä on jonkin verran yllättävää, etteivät nämä teemat tulleet lainkaan esille Laakson (2009) etnografiatutkimuksessa lastenkotityön arjesta. Syitä voi todennäköisesti etsiä työntekijöiden erilaisista koulutustaustoista. Laitostyöntekijöiltä vaadittava koulutusala ja koulutustaso määritellään lastensuojelulaissa väljästi: ”henkilöstön kelpoisuusvaatimuksissa on otettava huomioon toimintayksikön asiakunnan erityistarpeet ja toiminnan luonne” (LSL 2007, 60 §). Psykiatrian osaamisesta sijaishuollossa ei ole saatavilla täsmällistä tietoa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2012).

Työmenetelmät voivat toimia koulutustaustaltaan erilaisten ammattilaisten yhteisenä hoito- ja kasvatustyöhön orientaationa (Timonen-Kallio 2009). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sosiaalialan kehittämishankkeeseen (2003–2007) sisältyvässä lastensuojelun kehittämishankkeessa etsittiin *menetelmällisiä innovaatioita* lapsilähtöiseen työhön. Kehittämishankkeen taustalla on pitkäkestoisen kehittämistyön ja lainsäädännön uudistamisen tarve. Kehittämishankkeessa on koottu 22 erilaista työmenetelmää ja -välinettä lastensuojelun työntekijöiden käyttöön ([www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi)). Ammatillisessa lastenkodissa on koulutettu henkilökunta, perustehtävän mukaiset tekniikat sekä menetelmät ja rakenne, joka tukee ja suojelee perustehtävän toteuttamista. Lisäksi henkilökunta on valittu persoonallisuuskriteerien ja ammatillisen koulutuksen perusteella. Työnohjausta toki tarvitaan, mutta jokainen työntekijä kykenee myös henkilökohtaiseen ammatilliseen kontrolliin. (Fyhr 2001.)

Lastenkotityön ja psykiatrisen osastohoidon työmenetelmät ovat pitkälti samoja. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisen keskussairaalan lasten (4–14 v) traumapsykiatrian yksikössä *traumafokusoituina* työmenetelminä ovat terapeutin kiinnipito, koppaterapia, theraplay, omahoitajatyö, lääkehoito, toimintaterapia ja psykoterapia (European Regional Conference on Child Abuse and Neglect 2011). Kaikki traumapsykiatrian yksikössä potilaspaikalla (< 8kk) olevat lapset ovat sijaishuollon palvelujen piirissä ja asuvat ammatillisissa perhekodeissa tai sijaisperheissä.

## MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Lastensuojelun moniammatillisen yhteistyön ongelmaa on pyritty ratkaisemaan uudessa lastensuojelulaissa, jossa määritellään alueellinen lastensuojelun asiantuntijaryhmä, joka ottaa kantaa lastensuojelun asiakastapauksiin sosiaali-työntekijän esityksestä. Haastatteluaineistossa tuli esille, ettei asiantuntijaryh-

män kokoontuminen ja asiakastapausten yhteinen käsittely ole vielä ole vaikiintunut yhteistyön käytännöksi.

*Alueellamme on olemassa lakisääteinen lastensuojelun moniammatillinen yhteistyöryhmä, mutta käytännössä sovitut kokoukset peruuntuvat – ei ole asioita. H3*

Moniammatillisen yhteistyön puute on ongelma siksikin, että alueella on paljon yksityisiä pieniä laitoksia ja ammatillisia perhekoteja, joissa asiantuntijatiedon yhteinen jakaminen ja tuki olisi tarpeen. Sijaishuoltopaikkojen osaaamisessa ja toiminnassa on laatueroja. Usein toiminta on haastateltavien mielestä hyvää ja ammatillista, mutta toisinaan joidenkin laitosten kohdalla herää huoltakin:

*Meidän alueel on paljon yksityisiä laitoksia. H1*

*Mut niil pienemmil ei oo mitään konsultoivia psykiatreja. H5*

Yksi moniammatillisen yhteistyön rajapinta sijaitsee haastateltavien näkemyksen mukaan psykiatrisen osastohoidon ja lastensuojelun välillä. Kun lapsi siirtyy lastensuojeluun ja sijoitetaan lastensuojelulaitokseen, katkeaa voimassa oleva asiakkuus psykiatrian erikoissairaanhoidon. Myös avohoidon poliklinikan palvelut voivat vaihtua, sillä lastensuojelulaitoksilla on omat psykiatrian avohuollon ammattilaiset ja mahdollisesti konsultoivat psykiatrit. Saattaa olla niinkin, että testauksia ja selvityksiä tehdään tietämättä, että niitä on jo tehty edellisessä hoitosuhteessa. Yhteistyön haasteista ja moniammatillisen verkostotyön laajenemisesta kertoo lainaus:

*Olisi myös tunnettava laaja-alaisesti pirstaleinen palvelujen ja toimijoiden kenttä, koska nuoren kokonaistilanteen hoitaminen ja varsinkin kuntouttaminen vaatii eri viranomaistahojen yhteistyötä (lastensuojelu, muu sosiaalityö, työvoimapalvelut, KELA, kolmas sektori). H1*

Lastensuojelun asiakassuunnitelmaan kirjataan sosiaalityöntekijän päätöksensä muun muassa terapiakäynnit. Nuorisopsykiatrian poliklinikalta katsoen tilanne saattaa näyttää sanelulta, kun ilmoitetaan, että ”tämä nuori tulee nyt terapiaan”. Se, mitä terapiassa tapahtuu, saattaa olla nuorelle epäselvää. Myös jonkin verran epäiltiin sitä, ovatko sosiaalityöntekijät ja lastenkodin omaohjaajat oikeita henkilöitä suunnittelemaan ja kertomaan nuorille, mitä poliklinikalla tapahtuu ja millaista hoitoa sieltä annetaan. Psykiatrian poliklinikalta halu-

taankin olla tiiviimmin mukana lapsen ja nuoren asiakassuunnitelmaa tehtäessä. Tällä tavalla päästäisiin ajoissa tarkastelemaan ja käsittelemään lasten elämän ongelmia ja ”psykiatrian näköisiä” oireita tarkemman diagnoosin kautta ja psykiatrian mahdollisuudet tukea ja auttaa lasta tulisivat realistisemmiksi. Tällä hetkellä nuoren oireilu saatetaan nimetä virheellisesti psykiatrian hoitoa tarvitseväksi ja odotetaan, että psykiatrialla pitäisi olla aktiivisempi rooli, että sen pitäisi tehdä ”enemmän nuoren hyväksi”.

Sosiaalityöntekijä viittaa asiakassuunnitelmaan yhteistyön suunnittelun ja dokumentaation välineenä lapsen hoidon ja huolenpidon toteutuksessa:

*Jos on hyvin tehty huostaanottopäätös ni ne asiat on melkeen on tossa päätöksessä ... paremmin toimiva ja helpommin toimiva rajapinta jos se nuori on sijoitettu jotenki... ne olosuhteet on sellaset että hyötyy siitä kontaktist. H4*

Lastensuojelulaki velvoittaa molempia ammattiryhmiä varmistamaan lapsen edun toteutumisen. Psykiatrian työntekijät myös ymmärsivät lastensuojelun toimintaympäristöä sekä lastensuojelulain ja asiakassuunnitelman velvoitteita.

*ehkä sun rooli on erilainen sossuna – sä voit tietyllä tavalla edellyttääki ja ollaki vähän roolis joka niinku tietyl taval velvoittaaki...H1*

Nuorisopoliklinikan näkökulmasta lastenkodin ”ammattillisten” vanhempien kanssa on helpompi tehdä yhteistyötä, koska saadaan oikeaa täsmällistä tietoa, mutta toisaalta monet lastensuojelun yhteistyöhenkilöt ja kaiken kaikkiaan viranomaisyhteistyö lastensuojeluun päin nähtiin ongelmana.

## LASTENKOTITYÖN TULKINTAKEHYKSET

Laakson (2009) tutkimuksessa osoittautui, että lastenkodin työntekijöiden on vaikea kuvata suhdettaan lapseen *ammattilliseksi asiakassuhteeksi*. Oma persoona ja luottamuksellinen suhde lapsen ja työntekijän välillä katsotaan olevan tärkein työn lähtökohta. Työntekijät kuvaavat suhdetta usein kaverisuhteeksi ja ystävyysuhteeksi (2009, 235). Peräkylä puolestaan korostaa työntekijän ”suostumusta toimia tehtäviään suorittavana ammatillisena”. (Peräkylä 1997, 9). On syytä huomioda, että persoonan käyttö ja persoonallinen työtapa edellyttää ammatillisia taitoja ja tietoja – vahvaa ammatti-identiteettiä ja varmuutta työhön. Ammatillisuuteen ei liity lainkaan ammatillinen etäisyys suhteessa

lapsen, vaan se tuo työlle useampia tulkintakehyksiä, joissa on omat keskeiset ammatilliset toiminnot määrittävät. Rajapintayhteistyöhön haastatteluisissa nimettiin lastenkodin työntekijöiden ”vastuulliseksi työtehtäväksi” erottaa tarkemmin, mikä on normaalia oireilua ja mikä on psykiatrasta oireilua ja häiriötä – normaali oireilu ja käytöshäiriöt kuuluvat lastenkotityön alaan ja diagnoosin mukainen hoito psykiatrian poliklinikkahoitoon.

*Se ku se lapsi oireilee siellä arjessa ni se kaikki ei suinkaan ole psykiatrasta oireilua eikä häiriötä mitä siellä tapahtuu et tavallaan ehkä vähän niin kun laajempi vois olla se niinku mistä lähtee kattomaan sitä lapsen tilannetta. H1*

*...et täytyis hiukan osata haarukoida sitä mikä on normaalia lapsen reagointii erittäin huonoihin kasvuolosuhteisiin tai muuttuneisiin ja vaihtuneisiin olosuhteisiin. H3*

Se, tulkitaanko lapsen käytös normaaliksi traumaattisten kokemusten läpikäymiseksi vai psykiatrasta hoitoa edellyttäväksi, vaihtelee eri työntekijöiden välillä. Työntekijä(t) ratkaisee, ”mahtuuko” käyttäytyminen kotitapaisuuden kehukseen vai tulkitaanko käyttäytyminen psykiatriseksi oireeksi, jolloin haetaan apua esimerkiksi lastenpsykiatriselta poliklinikalta. Tulkinnasta seuraa erilaisia identiteettejä lapselle ja työntekijälle. Lastensuojelutyön työntekijä pohtii ammatillista toimintaa seuraavasti:

*Lastenkodin aikuiset eivät välttämättä voi siihen tarpeeseen (erikoissairaanhoidon) voi vastata, enkä mä oikeestaan tiedä onks se edes tarkoituksenmukastakaan H2.*

Erilainen tulkinta lapsen tarpeista ja hoidon mahdollisuuksista tiivistyi motivoitumattoman nuoren poliklinikkahoitoon. Psykiatrian työntekijöiden mukaan sosiaalityöntekijän tai omaohjaajan ”pakkomotivoitu” nuori jää ”istumaan käytävälle”. Lastensuojelu puolestaan odottaa psykiatrialta auktoriteettia sekä itsepäisempiä ja tiukempia motivointikeinoja. Lastenkotityön näkökulmasta psykiatrinen hoitotyö vetäytyy lapsen hoitoon motivoitumattomuuden taakse. Työskentely saattaa näissä tilanteissa jumiutua riippumatta työntekijöiden sinänsä ymmärrettävistä tilannearvioista. Psykiatrinen hoitotyö korostaa omista lähtökohdista ja periaatteistaan käsin, ettei ketään voida ”pakkoavohoita”. Muina syinä siihen, ettei hoitosuhdetta voida aloittaa, mainittiin se, ettei nuori ole jostain syystä vielä ”kypsä terapiaan” tai että ”arjen struktuuri puuttuu”, jolloin nuori ei hyödy hoidosta. Lasten elämäntilanteet ja ongelmat ovat kovin sotkuisia.

*...etukäteen määritetty et he (lastenkodista) toivoo että laps pääsee terapiaan tai laps tarttee terapiakäynnit täällä jossain polilla ... ja sit tulee just eteen se että niinku me nähdään et joo et voi olla et terapiasuositus annetaan, mut ei oo edellytyksiä toteutua ... että se lapsi ja nuori ei oo siihen valmis – sit me ollaan pattitilanteessa. H3*

Lasten selviytyminen ja avun tarve traumaattisissa tilanteissa on pitkälti riippuvainen läheisten aikuisten, kuten omahoitajien ja -ohjaajien, reaktioista ja jaksamisesta. Psykiatrian nuorisopoliklinikan näkökulmasta hoitokeskustelut virittävätkin ajoittain enemmän ei-tarkoitetuksi työnohjaukseksi, jolloin käydään enimmäkseen läpi vaikeita asiakastapauksia ja omaohjaajatyön vaativuutta.

Toisaalta tuotiin myös esille lasta autettavan välillisesti, kun autetaan omaohjaajaa ja vahvistetaan hänen jaksamistaan. Yhteistyön tiivistämistä ja syventämistä kaikkien mielestä tarvitaan, ettei ”oltais ihmeellises vuorovedos”, jolloin lastensuojelu ja lastenpsykiatria yrittävät vuorotellen omien toimintamuotojen pohjalta auttaa lasta. Yhtenä keinona yhteistyön syvenemiseksi ehdotettiin case-työskentelyä.

## ARKINEN HUOLENPITO

Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmiin tarttumisen tavat ja keinot lastenkodissa löytyvät yhteisen arjen elämisestä. Laakso (2009, 115–116) käyttää käsitettä *arkinen huolenpito* kuvaamaan lastenkotityön konkreettista, arkista toimintaa, arjen pyörittämistä. Kaikki haastateltavat korostivatkin arjen hallinnan ja arjen rutiinien merkitystä hoidon ja kuntoutuksen onnistumiselle. Samoin molemmat ammattiryhmät olivat yhtä mieltä siitä, että lastenkoti on lasten koti, jossa (ammattilliset) vanhemmat huolehtivat lapsista. Ammatilliset vanhemmat eli omaohjaajat toimivat kodissa ”kuin vanhemmat konsanaan”. Haastatteluissa puhuttiinkin ”kuntouttavasta arjesta”. *Kotitapaisuuden-kehys* tuli esille psykiatrian työntekijöiden kuvauksissa, kun he rohkaisevat lastenkotityön arjessa toimimista.

*Ei se psykiatriakaan mitään rakettitiedettä oo et tota hyvin arkist vuorovaikutust ... ettei täst tulis niinku sellast sit et ei uskalla mitään tehdä jos lapsel on psykiatrinen hoitokontakti. H1*

*On syytä muistaa että nämä lapset asuvat laitoksessa – me tavataan heitä tun-  
ti tai 45 min viikossa ni siinä on aika suuri ero että mitä niinkun vaikuttaa  
siihen toimintaan. H3*

*Hankalat tilanteet tulee siellä arjessa... enemmän kuin kolmen vartin aikana.  
H5*

Haastatteluissa ei pohdittu sitä, miten omaohjaaja vastaa *arjessa* lapsen erityistarpeisiin. Omaohjaajien koulutustaustoihin ei kiinnitetty huomiota, eikä pohdittu, edellyttääkö arjessa hoitaminen erityistä osaamista. Haastatteluis-  
sa ei myöskään oletettu tai odotettu, että lastenkodin omaohjaajilla olisi psy-  
kiatrisen hoidon osaamista. Aihetta sivuttiin lyhyellä toteamuksella, että ”arki-  
kuntouttaa jo ihan itsestään”. Psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta lasten-  
kodin ammatillinen työ ja asiantuntijuus tarkentuukin kotitapaisuuden (vrt.  
Laakso 2009) tulkintakehyksessä. Lastenkotityö on arkikeskeistä. Siihen sisäl-  
tyy arjesta vastaaminen, rajojen asettaminen – arjen struktuuri ja rutiinit on  
saatava kuntoon ennen kuin terapialla päästään vaikuttamaan lapseen.

Lastenkodin työntekijöiltä edellytetään tietynlaista jämäkkyyttä ja lapsen ti-  
lanteiden täsmällisempää ammatillista arviointia.

*Onks vähän raakaa sanoo et helpompi ymmärtää omien biologisten tai joit-  
tenki muitten omien vanhempjen kyvyttömyys tai tämmönen ... et sit on vai-  
keempi tuolt tiskin takaa ymmärtää sitä ku ammatillisil vanhemmil on iso  
häätä ... et tota se on vähän semmone et niilt ehkä vähän odottaa enemmän  
niinku sellast arvioijan ... ja sietokyky jotenko ... et heilt odotetaan kyl enem-  
män. H1*

Lastenkodin hoito- ja kasvatustyö perustuu omahoitajamenetelmään. Lasten-  
kotiin tulevalle lapselle nimerään hoitoyhteisöstä omahoitaja tai omaohjaaja,  
jonka tarkoituksena on tarjota nuorelle henkilökohtainen korjaava ihmissuhde  
sekä korvaavia ja turvallisia kokemuksia tarjoava vuorovaikutussuhde. Tavoit-  
teena on, että lapsen ja omahoitajan välinen suhde säilyy lapsen ensisijaise-  
na kiintymyssuhteena. Hoitokontakti lastenpsykiatrian poliklinikalle merkit-  
see lapselle sopeutumista (jälleen kerran) uuteen ihmissuhteeseen. Psykiatrian  
työntekijät tuntuivat tietävän varsin vähän lastenkodin hoito- ja kasvatustyön  
käytännöistä.



Psykiatrian työntekijöiden käsityksen mukaan hoitosuhde poliklinikalle on lapsen kannalta hyvä ratkaisu, koska nimenomaan ”poliklinikalla on yksi luotettava työntekijä, jonka kanssa vaikeista asioista puhutaan”. Asiakassuhteen vetovastuusta on ehkä jonkin verran kilpailua (vrt. Aro 2005). Vai pitäisikö kilpailun sijasta puhua myös eri tulkintakehysten välisestä kiistasta ja sen tuomasta epävarmuudesta, jopa vallankäytöstä? Nuorisopsykiatrian poliklinikalta ei haluta antaa hoitosuosituksia, mutta sijaishuollossa niitä kaivataan. Lastenkodin ”amatillisten” vanhempien kanssa on helpompi tehdä yhteistyötä, koska silloin saadaan oikeaa täsmällistä tietoa, mutta toisaalta monet lastensuojelun yhteistyöhenkilöt ja kaiken kaikkiaan viranomaisyhteistyö lastensuojeluun päin nähtiin ongelmana.

## PSYKIATRISEN KOTIHOIDON MENETELMÄT

Yksi kiinnostava teema amatillisen osaamisen näkökulmasta on lastenkotityön ja psykiatrian hoitotyön työmenetelmät ja työkäytännöt. Sekä psykiatrian että lastenkotityön työntekijöiden amatillisen toiminnan peruslähtökohtana on luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentaminen lapseen ja nuoreen. Psykiatrian poliklinikan keskeinen työmenetelmä on vastaanotolla tapahtuva kliininen keskustelu ja vapaa haastattelu. Psykiatrian osastohoidossa on käytössä lääketieteellisten tutkimusten lisäksi pitkälle samoja hoitotyön menetelmiä kuin lastenkodissakin. Erona on se, missä tulkintakehyksessä menetelmiä käytetään.

Haastatteluissa nousi yhdeksi pohdinnan kohteeksi se, kuka saa käyttää menetelmiä ja miten niitä käytetään oikein. Lastenkodissa käytettävien menetelmien ”oikeaan” amatilliseen käyttöön liitetään varauksia.

*Haastattelijä: Minkälaisia menetelmiä tai mitä niinku se omaohjaaja tai omahoitaja voi ... tavallaan ... tukee sitä psykiatrissa hoitotyötä siellä arjessa ... et kun sä sanoit pieniä pieniä kuntouttavia juttuja tai pieniä hoivaavia hoitavia juttuja...*

*Psykiatrian ohjauksessa nuoren huonetta aikalailta karsittiin kun hänel oli semmost aistilyherkkyyttä ja niin pois päin jotenki ja jäsennettiin hänen arjensa todella siis suhteutettuna hänen ikätasoonsa ... hänen arkea jäsennettiin siihen malliin ku ehkä 2–3 vuotiaan ... ja sit hänel oli myöskin huomattavasti enemmän semmost vierihoitotyypist et omaohjaaja vietti hänen kanssaan*

*huomattavasti enemmän aikaa mitä keskimäärin muitten lasten kans ... et siel ihan panostettiin työvuorojärjestelyil ja muil systeemeillä sit vähän niinku sovellettiin teraplay menetelmää ... sen tyyppisiä harjoituksii ja niin pois päin ja se nuori alko kyllä voimaan paremmin mut et tää oli tosiaankin niin et tää tehtiin yhteistyössä . H2*

Haastateltava jatkaa: *Yhdes toises tapaukses joka ei ollu niin onnistunu et siel lastenkodis oli alotettu ominpäin tekemään yhtä jos toista ja tarkoitus sinänsä oli hyvä mut siin ... et se ei nyt oikeesti niinku toiminukkaan sen lapsen kohdalla ollenkaan hyvin ja se laps alko voimaan huonosti ja siit tuli aivan pannukakku. H2*

Menetelmien systemaattinen käyttö koetaankin ongelmallisena ja menetelmien käyttöä pidetään lastenkotityön luonteelle vieraana. Menetelmien ajatellaan toimivan vain, jos ne sopivat työntekijän *persoonaan*. (Laakso 2008, 167). On kiinnostavaa arvioida ja pohtia, millaisia rooleja ja työtehtäviä menetelmien soveltaminen kotitapaisuus- tai mielenterveystyö -kehyksessä antaisi työntekijälle?

*Menetelmien kanssa oltava varovaisia – monis lastensuojelulaitoksis on semmoisia menetelmiä, jotka voi aiheuttaa vahinkoa – esim. ”hajottaa” lasta aika vahvastikki – hän oli niin hauras ... psyykelle liikaa et se teki hänelle vain pahaa siin kohdassa hänen vointinsa huononi. H5*

Tässä kohtaa työntekijät painottivat tietoisuutta omasta tulkintakehyksestä ja työmenetelmien soveltamismahdollisuuksista. Toisaalta tämäntyyppinen varoittelu saattaa entisestään estää lasten mielenterveydenongelmiin tarttumista ja niiden käsittelyä lastenkotityöntekijän menetelmin ja keinoin.

## YHTEENVETO JA POHDINTA

Käsillä olevan tutkimuksen perusteella saa sen vaikutelman, että käsitys lapsesta ja hänen kokemuksistaan ja toiveistaan konstituoituu psykiatrian ja lastensuojelun yhteisissä keskusteluissa paljolti särkymis- tai mielenterveystyö -kehysten suuntaisesti (Hurtig 2006,171). Lasta pidetään erityisenä ja haavoittuvana ja ammattilaista, joka toimii *perustehtävässä*, osaamattomana. Tällöin kontaktin välttäminen ja lapsen eteenpäin lähettäminen (palvelujärjestelmässä) näyttäytyy ammatillisesti vastuullisena ratkaisuna. (vrt. Hurtig 2006). Lap-

si nähdään siis *erityisenä*, jolloin hänen kanssaan työskentelyssä vaaditaan erityisosaamista, jota ei välttämättä ole lastenkodissa, sillä työntekijät korostavat kodinomaisuutta ja lastenkotityön kotitapaisuutta kuten Laakson (2008) tutkimuksessa osoitetaan. Lapsen asioista päättävä sosiaalityöntekijä saattaa olla etäällä lapsen tarpeen mukaisista käytännön ratkaisuksista ja yhteistyön toteuttamisesta (Pösö 2011).

Instituutioissa tuotettu tieto on aina valikoivaa, ja sen tarkoitus on perustella ammattilaisten toimenpiteitä (Raitakari 2006, 263–266). On muistettava, että lastenkotien työntekijöiden koulutustaustat vaihtelevat, jolloin yhteistyön toinen osapuoli voi olla jopa vailla sosiaalialan ja/tai hoito- ja kasvatustyön koulutusta oleva henkilö. Käytännössä tämä voi olla työntekijän näkökulmasta nuorallatanssia – lapsen on saatava kokea tavallisia asioita ja tuntee olevansa tavallinen lapsi, kun taas työntekijän on osattava tulkita ja arvioida hänen käyttäytymistään ja toimintaansa esimerkiksi kotitapaisuus-, särkymis- tai mielen-terveystyö-kehyksessä. Työntekijän pätevyyden aste määrittelee sen, missä kehyksessä hän esimerkiksi työmenetelmiä käyttää – mitkä ovat työn tavoitteet ja millaista tietoa hän lapsesta ”tuottaa”.

Lastensuojelulain mukaan huostaanotolla pyritään lapsen elämää kuormittavien tekijöiden poistamiseen ja lapsen myönteisten kasvu- ja kehitysedellytysten turvaamiseen. Sijaishuollon tehtävänä on taata se, että nuo tavoitteet toteutuvat. Syynä sijoitukseen voivat olla joko perheestä ja kasvuympäristöstä johtuvat syyt tai lapsen omasta käyttäytymisestä johtuvat syyt. Lastensuojelun piirissä olevat lapset ja nuoret ovat jääneet psykiatrisen hoidon osalta rajapinnalle katveeseen. Yhteistyömallia tarvitaan, sillä kasvatus- ja hoitokäytännöissä on runsaasti vaihtelua erilaisten lastensuojeluyksiköiden välillä.

Mikä olisi lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon lastenkotihoidon hyvä käytäntö? Nuorisopsykiatrian poliklinikalta ei haluta antaa hoitosuosituksia, mutta sijaishuollossa niitä kaivataan. Lastenkodin henkilökunta voisi hyötyä psykiatrian nuorisopoliklinikan työnohjaus- ja konsultointikäynneistä lastenkoteihin, jolloin voitaisiin vahvistaa lastenkotien työntekijöiden psykiatrista osaamista lasten ja nuorten arjessa – heidän henkilökohtaisessa kehitysympäristössään. Konsultointia tarvitaan nuorten ja lasten psyykkisten häiriöiden merkeistä sekä myös konkreettista hoidollisen työn ohjaamista. Omahoitajasuhdetta voidaan tukea tietämyksellä ja erityistaidoilla, joita psykiatrian poliklinikalta on mahdollisuus saada. Ennen kaikkea tarvitaan yhteistä käsitystä siitä, missä ja miten erityisosaaminen psykiatrian ja lastensuojelun sijaishuollon piirissä toteutuu.

Yksi tärkeä omaohjaajien ja lastenkodin työntekijöiden ammatillinen tehtävä on *rakentaa* hyvä toimiva arki, ei vain *toimia* arjessa. Arki laajana kehyskäsitteenä voidaan ymmärtää jopa synonyymina elämismaailman käsitteelle (Hovi-Pulsa 2011, 13). Arkilähtöisen työskentelyn lähtökohtana on pystyä avaamaan lapsen henkilökohtaista arkea siten, että hänen elämismaailmansa, johon sisältyvät yhteiskunnalliset ja sosiaaliset suhteet ja lapsen lähiympäristö, hahmotuisi työntekijälle ja lapselle itselleen.

Tutkimushaastattelujen perusteella voi todeta, että merkittävin syy rajapintatyöskentelyn ongelmiin on se, että puolin ja toisin on epärealistisia odotuksia ja käsityksiä toisen ammattiryhmän mahdollisuuksista hoitaa ja auttaa lastenkodin lapsia ja nuoria. Yhteistä käsitystä ei löytynyt siitä, mitä kohtaamaton psykiatrinen hoidon tarve olisi. Enemmänkin koottiin *omien* työprosessien ja yhteistyön ongelmia. Tutkimushaastattelut kuitenkin osoittivat, että halua ja kykyä yhteiseen kehittämiseen löytyy. Työntekijät toivoivat yhteistyö- ja keskustelufoorumia, jossa voisi ihmetellä tilanteita ja käydä ennakkoluuloja läpi sekä saada tietoa metodeista ja kysyä muiden auttajatahojen toiveita oman työskentelyn suhteen. Nämä ovat moniammatillisen verkosto-osaamisen peruspilareita – tunnustetaan oma ja toisen osaaminen ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä ja yhteisyyttä. Puntaroidaan siis aidosti asiakastapauksia ja tunnustetaan, mitä ei osata ja mitä tietoa ei ilman yhteistyötä ole saatavilla. Sosiaalityöntekijät ovat lastensuojeluprosessin vastuuhenkilöitä ja heidän asiantuntijuuttaan täytyisi saada lisää lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyökäytäntöjen kehittämiseen.

Eräs tärkeä rajapinnalla tapahtuvan yhteistyön kehittämiskohteista on vahvistaa arjen osaamisen ja kasvatuksellisten interventioiden ohella lastenkotityön psykiatrasta osaamista. Näin mahdollisesti ehkä vältyttäisiin lastensuojelun työntekijöiden työnhajauksellisilta keskusteluilta ja voitaisiin keskittyä lapsen asioiden käsittelyyn. Traumatisoituneiden lasten kanssa työskentely on emotionaalisesti haastavaa työtä – työtä on paljon ja välittömiä tuloksia vähän.

Mielenterveyden häiriöt ja kipeiden taustojen vuoksi oireileva lapsi on lähes aina lastenkotityön hoito- ja kasvatustyön lähtökohta. Millaisella osaamisella ja ammattitaidolla näihin asioihin tartutaan? Lastenkodin työntekijät toimivat paljolti kotitapaisuus-kehyksessä, vaikka lapset tarvitsevat myös asioidensa ja elämäntilanteensa käsittelyä myös mielenterveydenhoito-kehyksessä omassa kasvuympäristössään. Näin lapsille muodostuu tavallisen lapsen identiteetti, mutta toisinaan myös erityisen lapsen identiteetti. Sama koskee työntekijöitä.

Tehdessään selkoa omasta kotitapaisuuden mukaisesta toiminnasta lastenkodin työntekijät samalla ylläpitävät ja tuottavat omaa 'kotitapaisuuden' mukais- ta ammatti-identiteettiään. Lastenkotityö ei voi kuitenkaan olla yksinomaan vanhempana, ystävänä tai kaverina toimimista. Lastenkotityöhön koulutuksen saanut työntekijä erottaa eri tulkintakehykset sekä niiden välisen vuorottelun ja osaa ”istuttaa” kehyksiä sisäkkäin (vrt. Peräkylä 1990, 35). Arkipäivän kulku on jatkuvaa siirtymistä kehyksestä toiseen.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, ettei lastenkotityön *psykiatrisen kotihoidon* osaaminen ole työntekijän keskeinen osaamisen alue. Rajapintayhteistyön selkeitä käytäntöjä ei löytynyt. Tulos herättää hämmennystä ammatillisuuden näkökulmasta, sillä lastenkoti on ammatillisen työn instituutio ja lastenkotityölle on sijaishuollon toteuttajana olemassa erityisiä ammatillisia osaamisvaatimuksia. Psykiatrisen oireilun ja tavallisen arjen kasvuympäristössä työntekijä joutuu toimimaan tulkintani mukaan ikään kuin kahden vuorottelevan kehyksen (vrt. Peräkylä 1990) – *kotitapaisuus* (Laakso 2008) ja *mielenterveystyö* – sisällä.

Tutkimuksen mukaan lastenkodin työntekijät haluaisivat selkeämpiä hoitosuosituksia psykiatrian asiantuntijoilta. Toisaalta lastenkodin työntekijät rajaa- vat psykiatrisen hoidon tiukasti oman työnsä ulkopuolelle. Tämä rajapinta lastenkotityöntekijöiden ammatillisessa osaamisessa on selkeä jatkotutkimuksen aihe

Haastatteluilmapiiri muodostui haastattelukertojen myötä luottamukselliseksi yhteisen ammatillisen eetoksen äärellä keskustelemiseksi. Ammatillisuusmuuri lastensuojelun ja psykiatrian välillä mielestäni ylittyi, eikä paineita sosiaalisesti hyväksytyjen vastausten tai mielipiteiden esittämiseksi ollut (ks. Alestalo & Åkerman 2010, 384). Tutkimusaineisto on sen verran suppea, ettei pitkälle meneviä johtopäätöksiä lastenkotityön ja psykiatrisen hoitotyön osaamisesta voi tutkimuksen perusteella tehdä. Tutkimus kuitenkin tarjoaa reflektiivisen peilin tarkastella eri ammattiryhmien käsityksiä lastenkotityöstä.

## LÄHTEET

Alestalo, M. ja Åkerman, M. 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa Ruusu vuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere.

Arnkil, T. E. & Seikkula, J. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Aro, U-M. 2005. Hoitoa vai turvaa? Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun paikkaa etsimässä. Tutkimus lapsen avun tarpeen tulkinnoista ja määrittelyistä lastenpsykiatriaosastolla asiakirjaineiston valossa. Lisensiaatintutkimus. Lapsi- ja nuorisososiaalisen erikoisalain tutkimuskeskus ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.

Enroos, R. 2006. Lastensuojelun sosiaalityöntekijän asiantuntijuus lastenpsykiatrian kanssa tehtävän yhteistyön rajapinnoilla. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, sosiaali-politiikan ja -työn laitos. (Julkaisematon)

Eronen, T. 2007. Katsaus 2000-luvulla julkaistuihin suomalaisiin lastensuojelututkimuksiin. Sosiaalialan kehittämishanke. Lastensuojelun kehittämishankkeen raportti.

European Regional Conference on Child Abuse and Neglect. 18–21.9.2011. Tampere. Site visit. Children's Trauma Psychiatry Unit / Tampere University Hospital, Department of Child Psychiatry.

Fyhr, G. 2001. Residential institutions requesting supervision: a theoretical analysis of an empirically studied problem. *Child and Family Social Work* 6. ss. 59–66.

Heino, T. 2012. Suojellut lapsuudet -työryhmän yhteenveto. Teoksessa: Aalto, E., Alasuutari, M., Tarja, Heino, T. Lamponen, T ja Rutanen, N. (toim.) Suojeltu lapsuus? Raportti Lapsuudentutkimuksen päiviltä 2011. THL.

Hovi-Pulsa, R. 2011. Arkilähtöinen työote lastensuojelun perhetyössä. Sosiaalipedagoginen aikakauskirja. Suomen sosiaalipedagoginen seura.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille\\_ajoissa\\_apua\\_mielenterv/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille_ajoissa_apua_mielenterv/)

Hurtig, J. 2006. Lasten tieto sosiaalityön haasteena. Teoksessa Forsberg, H. & Ritala-Koskinen, A. & Törrönen M. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. PS-kustannus, 167–193.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.

Koponen, N. & Laukkanen, E. & Tolmunen, T. & Ovaskainen, S. 2010. Joutuvatko sijaishuoltopaikkojen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle? *Lääkärilehti* 49:2010, 4073–4078.

Laakso, R. 2009. Arjen rutiinit ja yllätykset – etnografia lastenkotityöstä. Tampere: University Press.

Laukkanen, T. & Laukkanen, E. Sijaislapsista suurin osa vailla tarvitsemaansa psykiatrista apua. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2004: 41, 303–309.

Mäkelä, J. 2011. Rajapinnasta yhdyspintaan – miten tukea lapsen ja nuoren kehitystä kokonaisvaltaisesti. Lapsyke-seminaari. Missä mennään lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla? 17.11.2011. Turun ammattikorkeakoulu.

Pekkarinen, E. 2011. Lastensuojelun tieto ja tutkimus – Asiantuntijoiden näkökulma. Nuorisotutkimus verkosto/Nuorisotutkimusseura ry. *Verkkajulkaisu* 51. Helsinki.

Peräkylä, A. 1990. Kuoleman monet kasvot. Vastapaino. Tampere.

Peräkylä, A. 1997. Vartijan näkökulma. Tutkimus vanginvartijan työhön liittyvästä tulkintakehyksestä. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 6/1997.

Pietilä, I. 2010. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusuvoori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere.

Pylkkänen, K. & Marttunen, M. 2010. Sijaisnuorten psykiatrisen hoidon tarvetta ei kohdata ajoissa. Pääkirjoitus. *Lääkärilehti* 49:2010.

Pösö, T. 2004. Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. Stakes. Tutkimuksia 133.

Pösö, T. 2011. A follow-up study of children taking into care in 2006. European Regional Conference on Child Abuse and Neglect. 18–21.9.2011. Tampere.

Raitakari, S. 2006. Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retoriisuus nuorten tukiasumisyksikön palavereissa ja tukisuunnitelmissa. Tampere University Press. Tampere.

Ruusuvoori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvoori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere.

Tervonen-Arnkil, K. (toim.) 2000. Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitomenetelmiä lastensuojelulaitoksessa. Sijaishuollon neuvottelukunnan julkaisu 16.

Timonen-Kallio, E. 2008. Lastenkodin ohjauksellinen identiteettityö – työkirjamenetelmä omahoitajan hoito- ja kasvatustyön jäsentäjänä. Lisensiaatintutkimus. Sosiaalityö. Turun yliopisto. Julkaisematon.

Timonen-Kallio, E. 2009. Työmenetelmät ammatillisten käytäntöjen vahvistajina. Teoksessa Tanskanen I. & Timonen-Kallio E. (toim.). Lastensuojelun hyvät työkäytännöt. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 44.

Törrönen, M. 1999. Lasten arki laitoksessa – elämistila lastenkodissa ja sairaalassa. Helsinki: Helsinki University Press.

Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2012. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6/2012. Lastensuojelu.

Vermas, E. 2010. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden ja lastenpsykiatrian poliklinikan yhteistyö. Sosiaalityö. Käytäntötutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto.



# ”PELATAANKO MUSTAA PEKKA?” – LAINSÄÄDÄNNÖN JA PALVELUTUOTANNON VUOROPUHELUA PSYKIATRIAN JA LASTENSUOJELUN RAJAPINNOILLA

*Heidi Ristseppä & Niina Vuoristo*

Lastensuojelun ja psykiatrian työntekijät joutuvat usein tilanteeseen, jossa osoittautuu, että kumpikaan taho ei kykene tarjoamaan lapselle sopivaa palvelua. Tällöin on kyse siitä, että molemmat osapuolet tulkitsevat lakeja oman työnsä kannalta. Sosiaalityöntekijä tutkii sosiaalilainsäädäntöä ja psykiatrian asiantuntijat tulkitsevat mielenterveyslakia. Valitettavan usein käy niin, että molemmat tahot löytävät kohdat, joiden perusteella hoitovastuu ja puuttuminen lapsen elämän kulkuun ei kuulu heille. Kuntakohtaiset erot ovat myös huomattavia. Kunnissa tulkitaan ja noudatetaan lakia vaihtelevasti. Tämän artikkelin pohjana olevan haastattelututkimuksen mukaan työntekijät pelaavat kaikille tuttua korttipeliä ”Mustaa Pekkaa”, jossa ”Musta Pekka” -kortti koetaan siirtää vastapelurille. Pelin aikana kortti liikkuu useasti pelaajalta toiselle. Tätä on pahimmillaan lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla tasapainoiluvan lapsen arki.

Lastensuojelun ja psykiatrian lapsiasiakkaiden ongelmat ovat monimuotoisia. Laissa ei ole määritelty yhtenäistä reagoititapaa, vaan jokaista tapausta lähestytään sen mukaisesti, mikä ammattikunta on soveltamassa omia kriteerejään. Yhden asiakkaan tilanteesta voi olla useita eri näkökantoja, joita pyritään yhdistämään. Moniongelmaisuuksien käsitteleminen ja näkökulmien yhdistämisen tarve on johtanut moniammatilliseen yhteistyöhön. Moniammatillinen yhteistyö saattaa kuitenkin estyä esimerkiksi sen vuoksi, että yhteistyökumppaneihin ei luoteta, eri osapuolilla on erilaiset pelisäännöt, perinteet ovat voi-

makkaat ja lainsäädännön luullaan kieltävän yhteistyön. (Mahkonen 2010, 22–24.)

Tässä artikkelissa on tavoitteena selvittää, miten laki ohjaa palvelutuotantoa lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnassa. Palvelujen käytännön järjestämistä ohjaavina lakeina käsitellään lastensuojelulakia ja psykiatrasta hoitoa ohjaavana lakina mielenterveyslakia. Asiakkaan asemaa ja oikeuksia pohditaan terveydenhuollon potilaslain ja sosiaalihuollon asiakaslain raamittamina. Lakeja tarkastelemalla osoitetaan, miten lainsäädäntö ohjaa palvelujen järjestämistä lastensuojelussa ja psykiatrisessa hoidossa. Sen sijaan lainsäädäntö ei määrittele aukottomasti, millä tavalla tai minkä tahon tulisi vastata lapsen hoidosta eri tilanteissa.

Tutkimuksen aineistona ovat asiantuntijahaastattelut lastensuojelun ja -psykiatrian rajapinnoilla työskenteleviltä lainsäädännön asiantuntijoilta. Asiantuntijoina ovat toimineet Lotta Hämeen-Anttila, neuvotteleva virkamies sosiaali- ja terveysministeriöstä, Matti Kaivosoja, ylilääkäri ja psykiatrian tulosaluejohtaja (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri) sekä Eeva Valjakka, lastensuojelun ja psykiatrian haasteisiin perehtynyt, väitöskirjaansa lasten huolto- ja tapausmisoikeuksista viimeistelevä OTK, Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen asiantuntija.

Toisen haastatteluaineiston muodostavat seitsemän johtavassa asemassa sosiaali- ja mielenterveystyön palveluissa työskentelevän asiantuntijoiden haastattelut. Palvelujen asiantuntijoita olivat TYKS:n nuorisopsykiatrian ylihoitaja Anita Birstolin, TYKS:n nuorisopsykiatrian vastuuyllilääkäri Anders Sandqvist, Raision kaupungin sosiaalitoimen johtava sosiaalityöntekijä Hannele Elo-Kuru, Raision nuorisopsykiatrisen poliklinikan vastaava nuorisopsykiatri Outi Laine, Salon kaupungin lastensuojelun johtaja Tuula Ikonen, Salon nuorisopsykiatrisen poliklinikan ylilääkäri Marita Eerola ja Lausteen perhekuntoutuskeskuksen kehittämispäällikkö Jussi Ketonen. Haastattelut olivat teemahaastatteluja ja keskustelua käytiin epäkohdista lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Keskeisenä teemana haastatteluissa oli oikean sijoitus- tai hoitopaikan löytyminen sekä hoitoonohjauksen ja lapsen tilanteen arvioinnin tasapuolisuus apua tarvitseville lapsille. Myös hoitoon pääsyn venymisen syitä pohdittiin.

## MIELENTERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN – VIIMESIJAINEN PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTÄ ENNALTAEHKÄISEVIEN PALVELUIDEN KUSTANNUKSELLA

Lastensuojelulaissa (A417/2007, 6 §) lapsena pidetään alle 18-vuotiasta ja nuorena 18–20-vuotiasta. Lastenpsykiatriasta puhutaan 0–12-vuotiaiden potilaiden ja nuorisopsykiatriasta 13–19-vuotiaiden potilaiden kohdalla. Tässä raportissa kohderyhmänä ovat 12–17-vuotiaat ja lapsella tarkoitetaan alle 18-vuotiasta.

Julkisia terveystalouksia ovat kansanterveyslaitos, mielenterveyskeskus ja erikoissairaanhoidon yksiköt. Julkisen terveydenhuollon tuottamisesta ja järjestämisestä säädetään kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) ja mielenterveyslaissa (1116/1990) sekä laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992). Sosiaalihuollon järjestämisestä säädetään sosiaalihuoltolaissa (710/2002) sekä sosiaalihuollon erityislaeissa, kuten lastensuojelulaissa (417/2007). Kunnan on huolehdittava sosiaalipalveluista, joita ovat mm. sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut ja laitoshuolto sekä perhehoito (Sosiaalihuoltolaki 710/2002, 17§).

Lastensuojelulaissa ja mielenterveyslaissa on asetettu määräaikoja lasten ja perheiden palveluiden saamiseksi. Lastensuojelun työntekijän tulee arvioida välittömästi lapsen mahdollinen kiireellisen tuen tarve sekä viimeistään seitsemän arkipäivän kuluessa lapsen lastensuojeluasiakkuuden tarve. Lastensuojelutarpeen selvitys tulee tehdä kolmen kuukauden kuluessa asian vireille tulosta. (Lastensuojelulaki 417/2007, 25§, 26 §.) Erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) määritellään, että kiireellisessä hoidon tarpeessa olevalle henkilölle hoito on annettava välittömästi. Hoidon tarpeen arviointi tulee aloittaa kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaanhoitopiiriin yksikköön. ”Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.” (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, 31§.)

Todellisuudessa aikarajat eivät toteudu, koska asiakasmäärät lisääntyvät jatkuvasti ja pätevästä sosiaalityöntekijöistä on pulaa. Kaikki haastatteluihin osallistuneet asiantuntijat olivat samaa mieltä siitä, että riittävän nopeaa hoitoonohjausta riittävän varhaisessa vaiheessa ei tapahdu. Ensisijaisesti asiantuntijat

olivat halukkaita sijoittamaan huomattavasti lisää resursseja varhaiseen puutumiseen. Perheiden ja lasten riittävä tukeminen perhetyön, perheneuvolan sekä kouluterveydenhoitajan, -kuraattorin ja -psykologin toimesta nähtiin tarpeelliseksi. Merkitykselliseksi nähtiin myös tämänhetkinen toimintakulttuuri ja siitä johtuvat viimesijaisten keinojen lisääntyminen.

*Kyllä raha uppoaa näihin sijoituksiin ja huostaanottoihin, mutta aika vähän on tilaa nimenomaan terveyspalveluille ja silloin mä puhun ihan yksinkertaisista asioista... Mun mielestä kyse on siitä, et pidetään huolta, että lapsilla ja nuorilla on riittävästi ruokaa, liikuntaa ja lepoa ja järjestäytyntä vapaa-ajan toimintaa. Siinä ei tarvita mitään erityistä psykiatrista osaamista vaan että kunnan nuorisotoimen tai lastensuojelun kanssa järjestetään toimintaa. Koska hämmästyttävän monessa perheessä kuitenkin nämä asiat eivät toimi. H5, palvelut*

Lastensuojelulaissa on määritelty sijaishuoltopaikkojen, lastensuojelulaitosten, henkilöstömitoitus sekä se, kuinka monta lasta saa hoitaa samassa yksikössä (Lastensuojelulaki 58–60§). Mielenterveyslaissa (1116/1990, 8 §) on määritelty, että alle 18-vuotiaan tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoido on järjestettävä nuorille tarkoitettussa hoitoyksikössä, erillään aikuisista. Tästä huolimatta käytetyt henkilöstöresurssit eivät tunnu riittävän laadukkaan hoidon turvaamiseksi. Esimerkiksi lastensuojelulaitoksissa henkilöstön aliresursointi näkyy yöaikaan, jolloin akuuteissa tapauksissa lapsia on lähetetty psykiatrisen sairaalan päivystykseen yksin ambulanssilla. Lastensuojelun ja psykiatrian lapsiasiakkaiden psyykkisiin ongelmiin puuttuminen tapahtuukin usein äkillisesti ja yöaikaan. Lasten tyypillinen ja toistuva käytös huomioiden perhekodeilla ja lastenkodeilla tulisi olla mahdollisuus lisätä henkilökuntaa jokaisena vuorokaudenaikana aina lapsen erityistilanteen sitä vaatiessa. Kuten mediassakin on viime aikoina tuotu esille (mm. Turun Sanomat 3.11.2011), resurssien puute ei saa heijastua lasten hyvinvointiin ja hoitosuunnitelmaan kirjattavien toimenpiteiden esteeksi. Sekä psykiatrian että lastensuojelun palvelujen piirissä koetaan lasten hoidon ongelmat ja resurssien puutteet enemmän toisella kuin omalla sektorilla.

*Et nykyään tuntuu, et pallotellaan aika paljon ja siinä menee aikaa ja lapsi ja perhe kärsii siitä, että ja usein joka puolella mietitään sitä rahaa ja taloudellisia seikkoja, mikä tietysti on tärkeitä. Ne on kalliita kustannuksia, mitä sit, joku pidempiaikainenki hoito, mut siit huolimatta olishan se tärkeitä, et se laps mahdollisimman varhasessa vaiheessa sais sen avun ja hoidon, et monta kertaa*

*siten pystyttäis välttämään niitä suuriakin ongelmia... Meidän on pakko toimia, mut muualla se tuntuu olevan este, et vedotaan, et meil ei oo enää tänä vuonna rahaa... H7, palvelut*

Hallituksen esityksessä (252/2006) on tuotu esille käytännön ongelmana se, että terveydenhuollon viranomaisilla ei ole välttämättä tarvittavia hoitoyksiköitä käytettävissään tai ne eivät ole varanneet riittävästi määrärahoja kyseiseen tarkoitukseen. Tämä on johtanut siihen, että lapsia on jouduttu hoitamaan heidän sairaudestaan huolimatta lastensuojelun avohuollon tukitoimin tai huostaan otettuna lastensuojeluyksiköissä. Tämä on ongelmallista myös lapsen oikeusturvan kannalta. Lapsi ei tällöin ole saanut välttämätöntä hoitoa sairauteensa. Terveydenhuollon ja lastensuojelun yhteistyössä lapsen hoidon järjestämisessä tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, että psyykkisesti sairaan lapsen hoito järjestetään ensisijaisesti terveydenhuollon toimesta. Lastensuojelutoimenpiteisiin ja erityisesti huostaanottoon voidaan ryhtyä vasta, ellei huoltaja suostu viemään lasta välttämättömäksi arvioituun hoitoon tai kun lapsen psyykkisiin ongelmiin liittyy muita esimerkiksi lapsen kasvuoloihin liittyviä ongelmia ja terveydenhuollon järjestämä hoito yksinään ei turvaa lapsen terveyttä ja kehitystä. (Hallituksen esitys 252/2006; Rätty 2010, 103.)

## LAINSÄÄDÄNTÖJEN YHTEISIÄ PIIRTEITÄ JA HARMAITA ALUEITA

Sosiaalihuollossa asiakkaan asemaa säätelee laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Terveydenhuollossa potilaan asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa lähtökohtana on asiakkaan, kuten lapsen, osallisuus ja itsemääräämisoikeus. Lapsen mahdollisuus puhevaltaan on määritelty ikärajoilla; itsemääräämisoikeuden käyttäminen riippuu lapsen kypsydestä. Terveyden- ja sairaanhoidossa 15 vuotta täyttänyt lapsi voi myös itse, huoltajistaan riippumatta, antaa suostumuksensa tutkimukseen tai tutkimustoimenpiteeseen. Lastensuojeluasioissa 12-vuotta täyttänyt lapsi voi itse hakea palveluja ja käyttää puhevaltaa. (Litmala & Lohiniva-Kerkelä 2005, 429, 437–438, 475.)

Lastensuojelulaki ja mielenterveyslaki korostavat molemmat avohuollon ja avohoidon ensisijaisuutta. Kummankaan lain perusteella lasta ei voi hoitaa vastentahtoisesti avohoidossa tai käyttää häneen avohuollon tukitoimia vas-

toin hänen tahtoaan. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ja huostaanotolla on osittain samankaltaiset edellytykset; tilanne vakavasti vaarantaa lapsen tai nuoren turvallisuutta, terveyttä ja kehitystä. Molempien lakien mukaan samankaltaisiin toimiin, joita huostaanotossa tai tahdosta riippumattomassa hoidossa käytetään, voidaan ryhtyä myös asiakkaan suostumuksella. (Kokko & Turunen 1994, 16–17; Kaivosoja 1996, 31, 33.)

Huostaanoton yhteydessä lapsi sijoitetaan sijaishuoltoon. Lapsen sijaishuollolla tarkoitetaan lapsen hoidon ja kasvatuksen järjestämistä kodin ulkopuolella. Sijaishuoltoon sijoittamisen yhteydessä lapsen terveydentila on tutkittava, ellei terveydentilaa ole ollut mahdollista tutkia aikaisemmin tai muusta syystä ei ole käytettävissä riittäviä tietoja lapsen hoidon järjestämiseksi sijaishuollon aikana. (Lastensuojelulaki 417/2007, 49§, 51§.) Lastensuojelussa huostaanoton syy saattaa olla myös lapsen olosuhteissa, mutta psykiatriassa syy on aina lapsen omassa käyttäytymisessä. Huostaanottoa tai tahdosta riippumatonta hoitoa arvioitaessa tulee ottaa huomioon muut mahdollisuudet ensisijaisina pakkotoimiin nähden. Muina keinoina eivät ole ainoastaan oman sektorin toimet, jolloin esimerkiksi vaikeasti oirehtivan nuoren kohdalla harkittavaksi tulee, kumpi on tarkoituksenmukaisempi puuttumiskeino, huostaanotto vai pakkohoito. Laissa ei ole selkeästi mainittu, kumpi pakkotoimi on ensisijainen, mutta viimesijaisuutensa vuoksi lastensuojelu tulee käytännössä kyseeseen, kun muut keinot on arvioitu. Lastensuojelulain mukaan on otettava huostaan ja mielenterveyslain mukaan voidaan määrätä hoitoon. Esimerkiksi lapsen uhkaava käyttäytyminen ympäristöä kohtaan, päihteiden käyttö tai rikollinen käyttäytymien ei yksin riitä mielenterveyslain soveltamiseksi. Lapsella tulee lisäksi olla mielenterveydenhäiriö, jonka ei välttämättä kuitenkaan tarvitse olla vakava. (Kaivosoja 1996, 31–32; Rätty 2010, 101.) Koska laki ei yksiselitteisesti määrittele toimintatapoja eri tilanteissa, käytettävät keinot vaihtelevat.

*Yhtenäisiä käytäntöjä ei oo ja sit se on tämmönen, et täst on paljon lastensuojelun kentäs puhuttu, et se on kuntakohtasta, et mitkä on ne tavat, joilla toimitaan ja toisis paikois esim. avohuollon tukitoimia jatketaan pitkään sellasessa tilanteessa, missä toises kunnas ois ilman muuta jo otettu huostaan. Toisis kunnis käytetään kiireellistä sijoittamista sellasena välineenä, joka madaltaa sen huostaanoton kynnystä. Vähintäänkin se on epäyhdenvertasta ja asiakkaiden on hirveen vaikee tällaseen puuttua, et puhutaan laissa mitä vaan asiakkaan asemasta ja oikeuksista tai näin, niin kyl siin niinku sen, jos nyt karkeest sanotaan, mielivallan mahdollisuus on aina olemassa. H3, lainsäädäntö*

*Nii, on se aika paljon lapsen asioita hoitavasta sosiaalityöntekijästä kiinni (millainen on lapsen hoitoonohjaus), et totta kai hän konsultoi sitä johtavaa sosiaalityöntekijää ja muuta... mut selviä hoitopolkuja ei ole. Riippuu lapsesta ja sosiaalityöntekijästä, miten ohjautuu... Kaikki ei oo edes päteviä, et tää on ongelma, et he ei välttämättä edes tiedä ja osaa vedota semmisiin asioihin (hoitotakuu). H7, palvelut*

Lastensuojelulaissa (417/2007) on määritelty rajoitustoimenpiteet, joita voidaan kohdentaa sijaishuoltoon sijoitettuna olevaan lapseen. Mielenenterveyslaissa (1116/1990) on määritelty rajoitustoimenpiteet, joita voidaan kohdentaa tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Rajoitustoimenpiteitä saa kohdistaa potilaaseen tai asiakkaaseen vain siinä määrin, kuin se on hoidon kannalta välttämätöntä. Molemmissa laeissa on rajoitustoimenpiteinä liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen, aineiden ja esineiden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (lastensuojelulaissa lisäksi läheyyksen luovuttamatta jättäminen), henkilön tarkastus ja katsastus sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Lastensuojelulaissa on rajoitustoimenpiteeksi määritelty myös kiinnipitäminen, joka mielenenterveyslaissa sisältyy eristämiseen, sekä erityinen huolenpito. (Lastensuojelulaki 417/2007, 61§–74§; mielenenterveyslaki 1116/1990, 22a-k§.)

Rajoitustoimenpiteiden käytön katsottiin toteutuvan tarkoituksenmukaisesti sairaalassa osastohoidossa, vaikkakin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että rajoitustoimenpiteitä tulisi hyvin tarkkaan harkita ja erityisesti yhteydenpidon rajoittamisen osalta vähentää. Yksityisten perhekotien rajoitustoimenpiteet tunnistettiin yleisesti hyvin ongelmalliseksi harmaaksi alueeksi. Haastateltavien mukaan yksityisten lastensuojelulaitosten käytänteitä ei valvota riittävästi ja edelleen käytössä on sellaisia rajoitustoimenpiteitä, jotka eivät vastaa mitään laissa määriteltyä mallia. Vielä viime vuosina haastateltavat olivat törmänneet tapauksiin, jossa lasta oli kohdeltu kuin vankia, eristetty täysin muista ihmisistä jopa kuukaudeksi, suljettu omaan huoneeseen, asetettu vahti ulkopuolelle ja kameravalvottu. Lapsia on myös esimerkkitapauksissa kääritty joskus mattoihin ilman erityisiä perusteita.

## SOSIAALITOIMEN JA PSYKIATRIAN YHTEISTYÖ: MESTARI-KISÄLLIMALLISTA YHDENVERTAISUUTEEN JA LISÄÄNTYVÄÄN YHTEISTYÖHÖN

Lainsäädännössä on velvoitteita terveystoimen ja sosiaalitoimen väliselle yhteistyölle. Mielenterveyslaissa (5§) ja lastensuojelulaissa (7§, 8 §, 11–12 §) on velvoite seurata ja edistää lasten ja nuorten hyvinvointia, järjestää ennaltaehkäisevää lastensuojelua sekä luoda toiminnallinen kokonaisuus lasten-, nuorten-, perheiden- ja mielenterveyspalveluille. Sosiaalihuoltolaissa (54§) on sosiaalihuollon toimielimellä yhteistyövelvoite tarvittaessa terveydenhuollon toimielimen kanssa. Erikoissairaanhoidolaki (10 §) puolestaan velvoittaa sairaanhoitopiirit yhteistyöhön sosiaalitoimen ja terveyskeskusten kanssa. Koska yhteistyön velvoitteet ovat eri laeissa, on yhteistyötä vaikea koordinoita. Lisäksi puutteelliset resurssit lisäävät haasteita yhteistyön toteuttamiselle. (Kokko & Turunen 1994, 17; Mahkonen 2010, 24.)

*Myös kunta voi keskenään tehdä kaikenlaisia päätöksiä, mikä hankaloittaa sitä, miten pystytään toimimaan. Hyviä tutkimuksia on tehty esim. työkäytännöistä, miten ne ohjaa sitä, miten asiakkaat tulee autetuksi, ihan seinät ja kirjaus yms... Et lainsäädännön kautta on tehty fiksu idea, lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, et siin on ideana se, et kunnat pakotetaan siihen ettei se oo vaan joku juttu et kokonaisuuksia pitää miettiä ja hahmottaa se et jossei jotain tehdä heti, loppuen lopuks tulee paljon enemmän kustannuksia. H2, lainsäädäntö*

Lastensuojelulaissa on määritelty terveydenhuollolle erilaisia tehtäviä: lastensuojeluilmoituksen tekeminen, neuvonta- ja asiantuntija-avun antaminen sekä tutkimuksen ja hoidon järjestäminen (Mahkonen 2010, 215). Lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen sosiaalityöntekijä arvioi, onko tarvetta kiireellisiin toimenpiteisiin. Jos lapsi on välittömässä vaarassa tai muutoin kiireellisen sijoituksen ja sijaishuollon tarpeessa, hänet voidaan sijoittaa kiireellisesti perhehoitoon tai laitoshuoltoon, tai järjestää muulla tavoin hänen tarvitsemansa hoito ja huolto (Lastensuojelulaki 417/2007, 38§). Hallituksen esityksen (252/2006) mukaisesti sijoitus voi tapahtua myös esimerkiksi siten, että lapsi sijoitetaan kiireellisesti terveydenhuollon laitokseen tai muuhun toimintayksikköön.

Ellei kiireelliseen sijoitukseen ole tarvetta, mutta ilmoitusta ei katsota aiheettomaksi, aloitetaan lastensuojelutarpeen selvitys, jonka on valmistuttava kolmen



kuukauden kuluessa asian vireille tulosta. Selvityksessä lastensuojelun sosiaalityöntekijä selvittää perheen ja lapsen tilanteen. Selvityksen tekemiseksi sosiaalityöntekijällä voi olla tarve olla yhteydessä eri yhteistyötahoihin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 16 ja 17§ mukaisesti. (Lastensuojelulaki 417/2007, 26–27§.) Haastateltavat katsoivat yhteistyön toimivan useimmiten melko saumattomasti, mutta kaikki asiantuntijatahot kokivat itse olevansa aktiivisempi osapuoli yhteydenpidossa ja verkostokokousten järjestämisessä. Esille tuotiin myös oman ammatin kohottaminen ”oikeimmaksi” toimintatavaksi.

*Kun on ollut näin pitkään työssä kuin minä niin joskus miettii, ja tätä ei voi ottaa kovin vakavasti, mutta onko ylipäätään mahdollista saada ihmisiä tekemään yhteistyötä ilman että he ovat saman hallinnollisen katon alla? Et palkka tulee samasta pussista. Ihmisillä on niin uskomaton taipumus muodostaa ryhmiä ja kuppikuntia ja suojata sen oman pikku ryhmän rajoja ja et kyllä mää välillä on vähän epätoivoinen, kun tää on niin bidasta tää. Et siinä pitäis olla todella sellanen tuntuma, ravistelu, ihan tuolta organisaatiohuipusta alaspäin ja yhdistäminen, et ihmiset tajuais, et aijaa nyt mun täytyy ottaa nääki huomioon. H5, palvelut*

Lastensuojelun avohuollon tukitoimenpiteenä voidaan järjestää myös lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluja. Lapsen terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalihuollon palvelut on järjestettävä sen mukaisesti kuin lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä on arvioinut niiden tarpeen lapsen tai vanhemman asiakassuunnitelmassa. (Lastensuojelulaki 417/2007, 36§.) Lapsen hoitoon osallistuvien tahojen pysyvyys on merkityksellistä. Haastatellut kokivat, että lapset kestävät huonosti henkilöstön vaihtoa.

Terveydenhuollon tulee antaa tarvittaessa lausuntoja sosiaalihuoltolain 20§ mukaisesti lastensuojelutarpeen selvitystä ja huostaanoton valmistelua varten. Käytännön työssä sosiaalityön edustajat toivovat, että heidän roolinsa lapsen kokonaistilanteen arvioitsijoina olisi selkeämpi, ettei esimerkiksi psykiatriselta osastolta tulisi ehdotuksia lapsen huostaanottoa ja sijoitusta koskien. Samanlaisia näkemyksiä esittävät myös terveydenhuollon edustajat ja lainsäädännön asiantuntijat. On tärkeää, että jokainen lasten kanssa työskentelevä ammattilainen hoitaa oman osuutensa lapsen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin eteen. Työntekijöiden tulee tuntea lakeja ja asetuksia myös muiden lapsen kanssa työskentelevien tahojen puolelta niin, että työnjako eri toimijatahojen välillä on selkeä. Aina näin ei ole.

*On tullu sellasia pattitilanteita, et kun sairaalasta ollaan kotiuttamassa ja ollaan pyydetty et okei, sosiaalityöntekijältä on kysytty ja tiedetään, et ei lainsäädäntö anna myöten, ni ne oli sit suoraan sairaalasta tilannu ja ottanu sen paikan jostain laitoksesta. Et sit valvontaviranomaset oli puuttunu siihen, et sit se tuli mun tietoon, sitä kautta kun ne ihmetteli, et mitä ihmettä tää on? Et sillohan siit puuttuu kaikki... Et he just kysy et mitä he ohjeistaa, et eihän terveydenhuollon asiantuntijoilla oo asiantuntemusta siihen, et mihin lastensuojeluyksikköön se lapsi pitäs sijoittaa, et siin oli ihan tällänen pieni, pieni... Et sehän oli aika eksoottinen ajatus! H2, lainsäädäntö*

Lapsen oman käyttäytymisen vaarantaessa hänen terveyttään ja kehitystään, on usein kyse moniongelmaisuudesta sisältäen sosiaalisia ongelmia ja mielenterveyden häiriöitä. Osin ongelmat voitaisiin hoitaa sosiaalitoimessa, osin terveydenhuollossa. (Mahkonen 2010, 177.) Lastensuojelulain valmisteluun liittyvässä hallituksen esityksessä (252/2006) terveydenhuolto on määritelty terveyskeskuksiksi ja sairaanhoitopiireiksi. Jos lapsella on ainoastaan terveydelisiä ongelmia, ei sosiaalisia ongelmia, on terveydenhuollolla ensisijainen vastuu avohoidosta ja tarjota lapselle esimerkiksi mielenterveyshoitoa (Räty 2010, 101). Asiantuntijoiden mukaan lapsen hoitopaikka ja hoitava taho saattavat määräytyä joskus enemmänkin resurssien, sattumusten ja työntekijän ammattitaidon perusteella. Mikäli hoitoonohjausvaiheessa ei suunnitella ja arvioida tilannetta riittävästi, voivat ongelmat yllättää ja esimerkiksi huostaan otetun lapsen sijoituspaikkaa joudutaan vaihtamaan useastikin.

*Yleensä se on niin et perhehoitajat väsyä ja sit täytyy siirtää tiukempaan laitokseen... Joskus jossei laitos toimi, ollaan kotiutettu ja joskus sekin toimii. Nuori ja vanhempi huomaa et heihin luotetaan ja jos sit metsään meni ja siirto tulee tiukempaan laitokseen, perusteet on kaikille osapuolille ymmärrettävämmät. Nuoret yleensä oireilevat omalla käytöksellä, pinnauksella, koulupelolla, itsetuhoisuudella, ei ollenkaa suojaa itseä, tytöillä holtiton seksikäyttäytyminen kertoo isoist ongelmist, ni masentuneit nuorii on ja he ei oo kuitenkaan nii masentuneit et sais psykiatrasta hoitoa, et nää on ne rajapinnoissa olevat. Pienes määräis viiltelyäkin on ja itsetuhoisuuden alle laittaisin myös tälläset enkeliluiset pikkutyöt, jotka juo mäyräkoiran lauantai- ja perjantai-illalla, et kyl se aika vakavist ongelmist kertoo! H2, palvelut*

Lastensuojelun sosiaalityöntekijällä tulee olla mahdollisuus saada moniammatillista tukea haastavien lastensuojelun asiakastapausten käsittelyyn viranomaisilta, joilla on asiantuntemusta lapsen kasvusta ja kehityksestä, terveydenhuol-

lostaa, juridiikasta tai muusta tarvittavasta näkökulmasta. Kunnan tulee asettaa lastensuojelun asiantuntijaryhmä, jossa on edustettuna edellä mainitut asiantuntijat. (Lastensuojelulaki 417/ 2007, 14§.) Asiantuntijaryhmä ottaa kantaa lapsen asioista vastaavan sosiaalityöntekijän esityksestä lastensuojelun avo-  
huollon ja sijaishuollon asiakastapauksiin sekä antaa tarvittaessa lausuntoja so-  
siaalityöntekijän päätöksenteon tueksi (Taskinen 2010, 37–38).

Asiantuntijahaastattelussa tuli esille, että yhteistyö lastensuojelun ja psykiatrian välillä on suurimman osan mielestä merkittävästi lisääntynyt viime vuosina, mutta tiiviimpää yhteistyötä toivotaan. Osa katsoi, että toivottujen yhteistyömuotojen kehittäminen on resurssikysymys, mutta vielä enemmän nousi esille yksilölliseen työmotivaatioon ja ammattitaitoon liittyvät tekijät, kuten lain väärintulkinta ja asioiden tekeminen totutulla tavalla. Sosiaalialan asiantuntijahaastateltavat kokivat, että yhteistyöstä on tullut tasa-arvoisempaa.

*Kyl se sillai on, et ku on itekki ollu tääl lastensuojelus koko ikänsä, ni ei taval-  
laan peljästy, tai kunnioittaa kyllä, mut ei oo liian semmone niinko herranpel-  
ko tonne psykiatria ja erikoissairaanhoidoo ku jossain vaihees oli, mut se nousi  
kyl ei pelkästää itestä, vaa et he vähä ylläpitiki sitä, et ei nyt et he on parempiä  
tai mitää vaa aikapaljon vahvempi status heil on, ku ei täl sosiaalityön lasten-  
suojelulla oo juuri minkäänlainen. Mut sielt on tultu hyvinki, et meil on ollu  
hyvinkin ansiokkai yhteistyönevottelui, ku kaikki tietää, ettei tää ketää syytte-  
lemäl parane. H2, palvelut*

## Salassapitosäännökset eivät estä yhteistyötä

Moniammatillisen yhteistyön yksi este on väärä luulo, että lainsäädäntö kieltää yhteistyön (Mahkonen 2010, 19–24). Osa haastateltavista kertoi törmäävänsä edelleen siihen, että tietoja ei luovuteta vaitiolovelvollisuuteen nojaten. Sosiaalihuollon asiakaslaissa (20§) säädetään, milloin esimerkiksi terveydenhuollon viranomaisilla on velvollisuus antaa salassapitosäännösten estämättä tietoja sosiaalihuollolle. Luovutettavien tietojen tulee olla sellaisia, joita sosiaalihuollon viranomainen välttämättä tarvitsee lakisääteisten tehtäviensä hoidossa. Potilaslaissa (13§) puolestaan säädetään, että potilastiedot ovat ensisijaisesti salassa pidettäviä; tietoja muille saa antaa vain poikkeuksellisesti. SHAL (20§) velvoittaa yhteistyöhön, mutta potilaslaki (13.3§) sallii sen harkinnanvaraisesti. Tämän vuoksi yhteistyö saattaa estyä, jos terveydenhuollon ammattihenkilös-  
tö katsoo, ettei yhteistyöhön tule ryhtyä. (Mahkonen 2010, 180–181.)

Asiantuntijoiden mukaan lait eivät estä yhteistyötä, vaan ennemminkin kannustavat ja tukevat sitä. Ongelma on juuri se, miten eri toimijat tulkitsevat ja tuntevat lakia. Jotta lakeja olisi yksiselitteisempiä tulkita, ollaan Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta julkaisemassa opasta aivan lähiaikoina. Oppaan avulla on tarkoitus kiteyttää eri toimijoille lakien keskeiset toiminta- ja käytömuodot. Myös palveluntarjoajien näkökulmasta tälle oppaalle on tarvetta, koska esimerkiksi sosiaalihuollon kuntasektorilla työntekijöiden vaihtuvuus saattaa olla nopeaa ja kaikki palkatut sosiaalityöntekijät eivät täytä sosiaalityöntekijälle asetettuja kelpoisuusvaatimuksia. Työntekijöiden vaihtuessa ja tiukan työtahdin kanssa kilpaa juoksevat sosiaalialan ammattilaiset eivät ehdi ja pysty kouluttamaan ja perehdyttämään uusia työntekijöitä. Selkeille toimintamalleille olisi tarvetta sekä kuntasektorilla että yksittäisten palveluntarjoajien keskuudessa.

*Ku toi lakihan on helppo ja se on kaunis ja siin on tavoitteita, mihin me kaikki voidaan yhtyä, mut et se mitä se käytännössä on, onki ihan eri asia. Se on tuskasta tekijöille itelleenkin, ku ne näkee sen ja tietää, miten pitäis tehdä ja mistä ne hyötys ja sit ei oo mahollisuutta. se on rankkaa. ja raskasta. Lait on ok semmosenaan, lait ei estä yhteistyötä ja ne velvottaa, mut miten sä pystyt... Periaatteessa ne velvottaa, mut ne on hirveen hankalia oikeesti toteuttaa, monista syistä. H3, lainsäädäntö*

Lastensuojelutarpeen selvittelyssä ja lastensuojelun järjestämisessä järjestetään neuvotteluja, joihin osallistuu lapsi, perhe sekä perheen asioita hoitavat eri tahot. Neuvotteluun osallistuvilla voidaan antaa lapsen tuen tarpeen selvittämiseksi ja lapsen tarvitseman huolenpidon järjestämiseksi tietoja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 16 ja 17§:n mukaisesti. (Lastensuojelulaki 417/2007, 31§.) Useat haastateltavat mainitsivat verkostopalaverit luonnollisena ja toimivana tapana jakaa oleellinen tieto asiakasta hoitavan henkilöstön kesken asiakkaan läsnä ollessa. Verkostopalaverissa usein ongelmaksi muodostui se, että asiantuntijat kertovat mielellään hoidollisen näkemyksensä asiakkaana olevan lapsen tilanteesta, mutta vastuu asioiden hoitamisesta sälytetään jollekin muulle taholle, tai pahimmassa tapauksessa asioiden käsittelemisestä huolimatta kukaan ei ota vastuuta asioiden eteenpäin viemisestä. Verkostopalaverien sudenkuoppa nähtiin myös lapsen asioista puhuminen ikään kuin hän ei olisi läsnä. Luottamus, pysyvyys, avoimuus ja lapsen oman minuuden huomioiminen häntä koskeissa asioissa nähtiin onnistuneen hoidon ja verkostopalaverin kulmakivinä. Erään haastateltavan sanoin:

*Jos ne on lapsuusiästä lähtien istunu erilaisis palavereis ja katsonu koko armaan kouluiän ku ihmiset tulee ja menee ja vaihtuu ja heidän asioist puhuttaa, ni on vaikee saada enää semmosta oman elämän herruutta. Ja ne nuoret miehet istuu ku paketit siin ja heidän pään yläpuolel puhutaan kaikkee... H3, palvelut*

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 17§ mukaisesti ”sosiaalihuollon järjestäjä tai toteuttaja saa antaa asiakirjasta salassapitovelvollisuuden estämättä tietoja, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan hoidon, huollon tai koulutuksen tarpeen selvittämiseksi, hoidon, huollon tai koulutuksen järjestämiseksi tai toteuttamiseksi taikka toimeentulon edellytysten turvaamiseksi”, vaikka asiakas tai hänen edustajansa olisi kieltänyt tiedon antamisen. Tietoa saa antaa esimerkiksi ainoastaan, jos sen katsotaan olevan lapsen edun mukaista. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 16§.) Lainsäädäntö ei tällä hetkellä miltään osin estä yhteistyötä, vaan kannustaa siihen. Jos ongelmia tietojen luovutuksessa ja yhteistyön toimivuudessa on, liittyy se haastateltujen mielestä ainoastaan lain tulkintaan ja soveltamiseen, ei lainsäädäntöön. Laissa on paremmin turvattu lastensuojeluviranomaisen oikeus saada tietoa terveydenhuollosta kuin terveydenhuollon oikeus saada tietoa lastensuojeluviranomaiselta. Eri lait sisältävät myös yhteistyövelvoitteita, mutta eri viranomaisten näkökulma on erilainen, mikä saattaa vaikeuttaa yhteistyötä. Yhteistyön perusteita on kuitenkin mahdollista löytää lapsen edun perusteella. (Moilanen ym. 2004, 457–458.)

Haastateltavien mukaan mahdolliset ongelmat lainsäädännön ja salassapidon kanssa johtuvat siitä, että varsinkin sosiaalityön puolella henkilöstön vaihtuvuus on toisinaan suurta ja uudet työntekijät eivät välttämättä tunne lainsäädäntöä kaikilta osin. Kaikkialla tietojen luovutus tapahtuu kirjallisten lupien avulla, ja osa haastateltavista näki tämän hyvin monimutkaiseksi ja hankalaksi. Kirjallisen luvan etuina nähtiin tietojen luovutuksen selkeys ja yksiselitteisyys.

## **Hoidon saatavuuden ja hoitoon ohjauksen mahdollisuudet tällä hetkellä**

Salassapitosäännösten estämättä terveydenhuollon työntekijän on viipymättä ilmoitettava kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jos ammattihenkilö on tehtävässään saanut tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää las-

tensuojelun tarpeen selvittämistä. Sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle voi tehdä myös yhteistyössä lapsen tai hänen vanhempansa kanssa pyynnön lastensuojelutarpeen arvioimiseksi. (Lastensuojelulaki 417/2007, 25§.) Pynnön käyttöönottamisen myötä lasten tilanteen selvittämisen on koettu osittain helpottaneen lasten tilannetta. Lastensuojelutarpeen arvioimispyynnön muoto on usein positiivisempi asianosaisille, jolloin yhteistyö helpottuu. Toisaalta haastateltavat kokivat kuitenkin perheiden toisinaan suhtautuvan varauksella kaikkiin sosiaalityön interventioihin, koska pelko lapsen menettämisestä ja oman vanhemmuuden epäonnistumisesta näyttäyty heille ilmeisenä.

Oikean tyyppiseen hoitoon ohjaus on haasteellista. Lapsi voi voida huonosti monesta syystä ja syiden taustoja on välillä vaikea arvioida taholla, jossa huoli lapsen voinnista herää. Esimerkiksi lapsen neurologiset häiriöt tilanteissa, joissa lapsen perhetilanteesta ei ole ollenkaan huolta, eivät vaadi yhteydenottoa lastensuojeluun vaan terveystoimeen. Lastensuojeluun tulisi ottaa yhteyttä lastensuojelullisissa asioissa ja ilmoitusvelvollisen tulee ensin pohtia, onko kyseessä lastensuojelullisesta ongelmasta vai terveydellisestä ongelmasta.

Lastensuojelun ei tulisi medikalisoitua liikaa. Terveystoimen ilmoitusvelvollisuus on ristiriitainen tilanteessa, jossa huoli on lapsen kehityksestä – esimerkiksi anoreksian vuoksi – mutta tiedossa on, että sosiaalitoimi ei kyseessä olevaa ongelmaa kykene hoitamaan. Tällöin ei ole tarkoituksenmukaista tehdä lastensuojeluilmoitusta ilmoitusvelvollisuudesta huolimatta. (Mahkonen 2010, 223, 249–250, asiantuntijahaastattelut.)

Lasten hoidon saatavuutta on pyritty turvaamaan kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin maaliskuussa 2005 lisätyillä hoitotakuuta koskevilla säännöksillä. Lasten psykiatrisessa hoidossa hoitotakuu on ollut voimassa jo vuodesta 2001. Hoitotakuusta huolimatta erityisesti lastenpsykiatristen palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia. (Hallituksen esitys 252/2006.) Lastenpsykiatristen palvelujen saatavuusongelmat koskevat sekä avohuollon palveluja että sairaalahoitoa. Sairaalahoitoon joutuessa lapsi on useasti myös jo lastensuojelun asiakkaana esimerkiksi koulussa ilmenneiden käytöshäiriöiden vuoksi. Haastatteluissa kävi ilmi, että psykiatrisissa palveluissa hoitotakuun asettamia aikarajoja kierretään: vaikka ensimmäinen arviointikäynti järjestettäisiinkin aikarajojen puitteissa, saattaa lapsi tämän jälkeen olla jonossa yli vuoden. Jonoja purettaessa lapsen elämäntilanne onkin saattanut muuttua jo moneen kertaan. Vaikka lapsi onnistuisikin saamaan lähetteen psykoterapiaan, ei palvelun tarjoajia useinkaan löydy yli 9-vuotiaille. Yli 9-vuotiaan lapsen si-

touttaminen terapiaan koetaan haasteelliseksi, koska tämän ikäisiä lapsia ei yhtä usein aikuisen toimesta esimerkiksi kuljeteta terapiakäynneille, vaan aikatauluista kiinni pitäminen on lapsen vastuulla. Aluepoliikklinikköjen lyhyempiin terapiaoihin on helpompi päästä.

Osa haastateltavista kertoi, että ennen on ollut ”trendinä” siirtää hankalat tapaukset lastensuojelun vastuulle lastensuojelulain viimesijaisuuden vuoksi, mutta nykyään asiakkaiden siirtelyä tapahtuu molempiin suuntiin. Psykiatrisilla osastoilla on yhä enemmän käytöshäiriöisiä lapsia, joiden pitäisi saada elämänsä perusasiat kuntoon. Käytöshäiriöisten lasten kasvavan määrän vuoksi varsinaisista psykiatrisista ongelmista kärsivien lasten hoito osastolla hankaloituu ja hoitoympäristöllä ei ole välttämättä kovin suotuisaa vaikutusta lapsen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Psykiatrian erikoislääkärit joutuvat punnitsemaan hyvin tarkkaan osastohoidon mahdolliset hyödyt ja haitat ennen hoitotoimihjausta.

Lapsen kiireellisen hoidon tarvetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon lapsen yksilökohtainen tilanne ja muut asiaan vaikuttavat seikat. Paradoksaalista on, että vaikeimmin autettavat lapset, jotka oireilevat hyvin voimakkaasti ja itsesuhtoisesti esimerkiksi päihteiden käytön ja rikollisen käyttäytymisen osalta, saattavat joutua odottamaan pidempään kuin pienemmän avun tarpeessa olevat lapset. Lastensuojelun asiakkuuden tulisi olla yksi tekijä muiden kiireellisyysarvioon vaikuttavien tekijöiden joukossa. (Hallituksen esitys 252/2006.) Ainakin silloin, kun kysymyksessä on huostaanoton ja sijaishuollon tarpeen selvittäminen, sijaishuollossa olevan lapsen tutkiminen tai hoidon ja terapiapalvelujen järjestäminen, lastensuojelulain 15§:n ja hoitotakuun mukaisesti palvelut tulisi järjestää kiireellisesti (Räty 2010, 102).

Lastensuojelun avohuollon asiakkuuden vaihtuessa sijaishuollon asiakkuudeksi lapsen huostaanoton jälkeen ei lapsen aiemmin alkanut psykiatrinen hoito saisi katketa. Näin on saattanut käydä, kun lapsi on sijoitettu pois omalta paikkakunnalta ja psykiatrinen hoitopaikka, esimerkiksi poliikklinikka, on sijainnut kotipaikkakunnalla. Uuden lastensuojelulain (417/2007) muutoksen myötä sijaishuoltoon sijoitetun lapsen tulee saada palvelut siltä paikkakunnalta, johon hänet on sijoitettu. Käytännössä kuitenkin lapsi saattaa saada kiireellisen tilannearvion sijoituspaikkakunnan palveluissa, mutta sen jälkeen hänet siirretään kotikunnan sairaanhoitopiiriin pidemmälle arviointi- ja hoitotaksolle. Tällöin yhteistyö on haasteellista sijoituspaikan ja hoitopaikan välimatkan sekä erilaisten toimintatapojen vuoksi. Lastensuojelu ei tunne psykiatrian toimim-

tatapoja tai ymmärrä lapsen mielenterveyden häiriöitä ja niiden hoitokeinoja. Vastaavasti psykiatria ei tunne lastensuojelun työn sisältöä ja toimintaympäristöä. Tämä johtuu muun muassa eriytyneestä koulutusjärjestelmästä, teoria- pohjasta ja käsitteistöstä (Laukkanen ym. 2006, 17; Kokko & Turunen 1994, 17–18.)

Pykälä palveluiden järjestämistä vastuusta on haluttu ottaa uuteen lastensuojelulakiin (417/2007), koska aiemmin on ollut epäselvää, kuka kustannuksista erityistilanteissa vastaa. Aikaisemmin sijoitettu lapsi on saattanut jäädä vaille tarvitsemaansa hoitoa, koska sijoituskunta on kieltäytynyt sitä järjestämästä (Hallituksen esitys 252/2006). Tämän vuoksi muutoksia on tehty myös kansanterveyslakiin (14b§, 24§) ja erikoissairaanhoidon lakiin (30a§, 42§) niin, että sijoituskunnan tulee järjestää lapsen tarvitsemat kansanterveystyöhön liittyvät palvelut ja sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon palvelut. Sijoittajakunnan tai sairaanhoitopiirin, johon sijoittajakunta kuuluu, tulee korvata tästä hoidon järjestämisestä aiheutuneet kustannukset sijoituskunnalle tai sairaanhoitopiirille. (Hallituksen esitys 252/2006.) Asiantuntijahaastattelut kokivat erityisen hyvänä asiana sen, etteivät lapsen kuluja maksavat kunnat pysty aina vaikuttamaan siihen, mitä palveluja lapselle sijoituskunnassa tarjotaan.

Turun Sanomat (3.11.2011) uutisoi kuntatason vaikeista toimintamalleista, jotka sosiaalityöntekijät ovat tuoneet ilmi. Kunta saattaa jopa kieltää huostaanoton sekä asiakassuunnitelmaan tarvittavien interventioiden kirjaamisen säästöjen toivossa. Talentian puheenjohtaja Tero Ristimäki onkin kehottanut sosiaalityöntekijöitä pyytämään vastaavat ohjeet kirjallisena ja toimittamaan ne sosiaalilautakunnan käsiteltäväksi (Turun Sanomat, 3.11.2011). Myös haastattelujen näkemys kuntien rahapolitiikasta oli yhtenäinen. Ongelmana ei nähty pelkästään puutteellisia resursseja vaan myös ongelmallisia asenteita, hallinnollisia rakenteita ja johtotason vieraantumista kenttätöskentelystä. Ihanteellinen tilanne onkin sellainen, jossa lapsen hoidon ja mahdollisen sijoituksen tarpeesta päättää henkilö, joka ei ole vastuussa millään lailla määrärahojen riittävydestä, vaan pystyy objektiivisesti valikoimaan lapsen kannalta tarpeellimmat hoito- ja tukimuodot.

Ongelmallinen ja kehittämistä vaativa alue on asiantuntijoiden mukaan myös se, että laitostoimenpiteitä voidaan käyttää vain silloin, kun lapsi on huostassa. Huostaanoton peruste ei kuitenkaan voi olla tarve laitostoimenpiteiden käyttöön. Lapsen sijoittaminen osastolle vaatii aina lääketieteellisen arvion. Tilanteet, joissa lapsen hoidon tarve lähtee terveydellisistä perusteista, mut-



ta lasta tuetaan lastensuojelun keinoin, on työntekijöille tuttu. Yksi käytetty keino kiertää vanhempien ja lapsen vastarinta akuuttitilanteissa on ottaa lapsi huostaan ja sijoittaa hänet sairaalahoitoon tilanteen sitä vaatiessa. Sairaalaan sijoittamisen on tarkoitus olla aina lyhytaikainen ratkaisu, jotta lapsen tarpeellinen ja akuutti hoito saadaan toteutettua vanhempien vastarinnasta huolimatta. Lapsen edun ja hyvinvoinnin sekä järkevän resurssien kohdistamisen vuoksi pitäisikin kysyä, olisiko lakia mahdollisuus muokata kattamaan tarpeellisten laitostoimenpiteiden käyttö kaikissa tilanteissa ilman väliaikaista-kaan huostaanottoa.

## LASTENSUOJELUN SIIJAISHUOLTO JA PSYKIATRIA: SELKEITÄ STRUKTUUREITA VAI SATTUMIEN SUMMAA?

Haastatteluissa nousi esille huoli siitä, toimivatko lastensuojelun sijaishuolto ja psykiatria aina lapsen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Ajatus ja suunnitelma lapsen hoito- ja huoltosuhteesta on usein hyvä, mutta asiat eivät aina etene toivotulla tavalla. Syyksi arveltiin selkeiden kansallisten käytäntöjen vähäisyyttä, koko ajan kasvavia asiakasmääriä suhteessa rajallisiin resursseihin ja heikkoa valvontaa uusien hoito- ja sijoituspaikkojen laadun ja toiminnan suhteen.

Sekä ammatillisia että yksityisiä perhekoteja ollaan lisäämässä. Pyrkimyksenä on saada mahdollisimman moni sijaishuollossa oleva lapsi perhehoitoon. Tämä itsessään hieno pyrkimys on tuonut kuitenkin pohdittavaa. Henkilöstön koulutusta olisi ensiarvoisen tärkeä lisätä. Useat haastateltavat muistuttivat, että nykyisellä mallilla ollaan luomassa mahdollisesti uutta A- ja B-mielisairaalakäytäntöä, jolloin lapset joutuvat terveytensä kustannuksella väliinpuotoajiksi. Varsinaisia psykiatrisia hoitopaikkoja vähennetään, ja samalla huostaanottojen määrä on jatkuvassa kasvussa. Asiantuntijoiden mukaan useat sijoitetut lapset jäävät sijoituspaikkoihinsa vailla riittävää asiantuntemusta ja psykiatrista hoitoa. Tältä osin myös lakia olisi tarkoituksenmukaista tarkentaa. Haastateltavan mukaan saman ongelmavyöhydän kanssa kamppailevaa lasta voivat hoitaa hyvinkin erilaisen koulutus pohjan omaavat henkilöt:

*Kaiken kaikkiaan se et mikä on näitten lastensuojelulaitosten ihmisten koulutus ja mikä sen koulutuksen taso on? Jos me verrataan nyt mielenterveyslakiin ja siinä edellytetään ylilääkärin päätöstä, et henkilö määrätää pakkohoitoon*

*tai tarkkailujaksolle sit loppuen lopuks, niin ajatellaan sen ylilääkärin koulutusta suhteessa siihen problematiikkaan mikä on käsillä ja jos sä mietit lastensuojelulaitosten ihmisten koulutusta, ni mitä se on? Ja vahva käsitys on, et ihan yleinen elämäkokemus on hyvä ja sillä pärjää. Maalaisjärki niin sanotusti. Ja tällaset jutut saa mut ihan raivohulluuden partaalle. No mieti, jos siellä ois todellakin psykiatrinen sairaanhoitaja tai hoitajia tai jos siellä ois joku tämmönen tuota päihdekuntoutukseen koulutettu ihminen, niin oisko se käsitys niistä ihmisistä, tilanteista ja toiminnasta toisenlainen? Ja väitän, et olis! H3, lainsäädäntö*

Haastateltavat arvelivat B-mielisairaalaverkoston koostuvan uusista perheryhmäkodeista ja yksityisistä lastensuojelulaitoksista, joiden käytännöt ovat toisinaan kirjavat ja valvonta valtakunnallisella sekä paikallisella tasolla puutteellista.

*Meil on nyt tällainen B-mielisairaalaverkosto nuorille, joka koostuu perheryhmäkodeista, me emme tiedä mitä niissä tapahtuu oikein eikä kaikissa oo psykiatrissa osaamista kovin paljoo, et sikäli se on epämääräinen tilanne, mutta yleistään vois sanoa, että siellä hoidetaan varmasti myös nuorisopsykiatrisia nuoria. Mutta psykiatria voi hoitaa monella tavalla, ja jos paikka on riittävän tukea antava ja siellä on sellaiset aikuiset, jotka kestää nuoren tunnelataukset, jotka heihin siirtyy niin sehän on psykiatrissa hoitoa sekín. Et ei se mitenkään mustavalkoinen kuvio ole, mut se on sellanen harmaa. H5, palvelut*

Hallituksen esityksessä on tuotu esille, että ensisijaisesti pitää arvioida myös muita palveluja ja tukitoimia ennen huostaanottoa. Esimerkiksi psyykkisesti sairaan lapsen hoito tulee järjestää ensisijaisesti terveydenhuollon viranomaisen toimesta. Terveydenhuollon viranomaiset eivät voi edellyttää, että lapsi otetaan huostaan hoidon järjestämiseksi. Huostaanottoon voidaan ryhtyä vasta, ellei huoltaja suostu viemään lasta välttämättömäksi arvioituun hoitoon tai kun hoito yksinään ei turvaa lapsen terveyttä ja kehitystä. (Hallituksen esitys 252/2006; Rätty 2010, 103.) Tästä on kuitenkin haastateltavien mukaan kentällä melko paljon väärinkäsityksiä ja väärinymmärryksiä. Toimintatavat kentällä eivät ole myöskään tasapuolisia ja lasten oikeudet eivät aina toteudu.

Haastateltavat kokivat lastensuojelulain (417/2007) mukaisen erityisen huolenpidon erittäin hienovaraiseksi ja vankkaa ammattitaitoa ja ammatillisuutta vaativaksi interventioksi. Haastateltujen mukaan Suomessa on paljon hyviä erityistä huolenpitoa antavia yksiköitä, mutta myös yhä monta työkäytäntöjen sekä toiminnan suunnittelun uudistamista kaipaavaa sijaishuoltopaikkaa.

## Lapsen ääni kuuluville!

Tilanteessa, jossa lääkärin tai muun asiantuntijan tutkimus katsotaan välttämättömäksi lastensuojelutarpeen selvityksen tekemiseksi, mutta huoltaja kieltäytyy tutkimuksista, hallinto-oikeus voi hakemuksesta antaa luvan tutkimukseen. Ennen hakemuksen tekemistä on selvitettävä lapsen mielipide, ellei se lapsen ikä, kehitystaso tai muut olosuhteet huomioon ottaen ole mahdotonta. Myös lapsen huoltajaa on kuultava. Erityisen painavasta syystä lupa voidaan antaa, vaikka kuulemista ei ole voitu suorittaa. (Lastensuojelulaki 417 / 2007, 28§.)

Hallituksen esityksen (252/2006) mukaan tutkimus voitaisiin tehdä esimerkiksi sairaalan osastolla, terveydenhuollon avopalveluna tai kasvatus- ja perheneuvonnan palveluin. Potilaslain 7§:n 1 momentin mukaan alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lapselle voidaan siten suorittaa terveydenhuollon toimenpide hänen huoltajansa vastustuksesta huolimatta, kun lapsi tähän suostuu ja häntä voidaan pitää riittävän kehittyneenä ilmaisemaan mielipiteensä. Potilaslain 7§:n 2 momentin mukaan, jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. (Hallituksen esitys 252/2006.)

Lapsen tahdon merkityksen ja hoitotoimenpiteen tekemisen yhteisymmärryksessä lapsen kanssa ratkaisee vasta lasta hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö hoitotilanteessa. Vaikka hallinto-oikeus olisi antanut luvan lapsen tutkimiseen, tutkimusta ei lähtökohtaisesti voida suorittaa silloin, kun lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön arvion mukaan riittävän kypsä ja omasta hoidostaan päättämään kykenevä lapsi itse vastustaa varsinaista hoitotoimenpidettä. Lastensuojelulain 28§:n tarkoituksena on näin ollen sivuuttaa ainoastaan huoltajan tahdon merkitys säännöksessä tarkoitetuissa tilanteissa. Jos alaikäinen lapsi ei itse kykene päättämään hoidosta, noudatetaan hallinto-oikeuden päätöstä. (Hallituksen esitys 252/2006; Rätty 2010, 228.) Lakiin eräs haastateltava toivoo muutosta nimenomaan sijaishuollossa olevan lapsen toiveiden ja äänen kuuluvaksi saattamisen puolesta:

*Toinen jota mä selkeyttäsin, on kodin ulkopuolelle väliaikaisesti sijoitettujen nuorten oikeutta, siis oikeutta sellaiseen neuvontaan, jossa he saa tosiasiallista tietoa heidän tilanteestaan... ..Et heitä oli peloteltu sellasilla, että ei kannata puuttua näihin ja näihin asioihin, et muuten tulee kovempaa kuria... Siis tämmösiensä asioiden suhteen, et sijoitettujen nuorten oikeus hakea mielenterveysapua, et niinku sijoitettu tyttö saa itse hakea mielenterveyspalveluita, hakeutua psykologille ja itse valita sen, kenelle haluaa puhua, naispsykologille asioistaan. Mut tää on kauheen harmaa alue sillä lailla. Ja et ne nuoret voi olla sijoitettuna aika tällasiin paikkoihin! H1, lainsäädäntö*

## YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastatteluissa nousi esille kokemus puutteellisesta koulutuksesta sekä perustasolla että täydennyskoulutuksen suhteen. Lähes kaikilla haastateltavilla oli toiveena oman alansa sekä yhteistyötahojen koulutuksen lisääminen. Koulutuksen ja opiskeluaikana juurtuneiden asenteiden merkitys nousi tutkimuksessa esille lainsäädännöllisiä puutteita enemmän. Sekä psykiatrian että sosiaalialan ammatillisen henkilöstön koulutus ja asenteet nousivat tutkimuksessa tärkeäksi tekijäksi hoitoonohjausprosessissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä valmistellaan opasta, jossa on tarkoitus ohjeistaa ja konkretisoida lastensuojelun lainsäädäntöä niin, että se toimii tasavertaisesti kaikissa kunnissa. Oppaalle on myös tämän tutkimuksen perusteella todellinen tarve, koska lastensuojelussa tehtävien päätösten tekemiselle on saatava yhtenäiset ohjeet valtakunnallisesti.

Haastateltavat kokivat, että perhetyöntekijöiden kouluttamiseen ja sosiaalialan ammattilaisille suunnattuun mielenterveystyön peruskoulutukseen on tarvetta. Perhetyön koettiin olevan usein hyvin hankala alue. Perhetyöntekijät tarvitsivat kunnollisen ohjeistuksen ja struktuurin siitä, mitä perheessä olisi hyvä tehdä. Sosiaalipuolella taas koettiin haasteita psyykkisistä ongelmista kärsivien lasten kohtaamisessa ja siinä, miten arvioida lapsen tilanteeseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että mikäli lastensuojelulaitoksissa olisi käytössä enemmän samoja menetelmiä ja tapoja kuin psykiatrian puolella käytetään, lopputulos olisi huomattavasti parempi kuin nyt.

Merkityksellinen on myös muutaman haastateltavan kanssa käyty keskustelu hoivan ja aidon välittämisen roolista hoitotyössä. Kokonaisuudessaan asia, johon koulutuksessa yhden haastateltavan sanoin tulisi kiinnittää huomiota,

on oikeusideologinen muutos, jokaisen työntekijän tulee muistaa, että kaikilla asiakkailla on edelleen samanlainen ihmisarvo huolimatta siitä, että he ovat sosiaali- tai terveystoimen toimenpiteiden kohteena. Hoivan ja aidon kohtaamisen asennetta tulisi voimakkaammin korostaa jo opintojen aikana. Erityistä huomiota on haastateltavien mukaan kiinnitettävä lastensuojelulapsiin, jotka ovat sijaishuollossa.

*Siinä se rajapinta mun mielestä tulee just! Et kun ajatellaan et sä oot lastensuojelulapsi, niin se mitä sult ikäänku puuttuu, tai mitä sijaishuollossa ajatellaan, et kuri ja järjestys, et sitä ei oo osattu pitää, et rajat on rakkautta tyyppinen ajattelu. Ja sit tälläsella kovalla kurilla yritetään ottaa se haltuun. Mutta mun oman käsityksen mukaan se mikä näilt ihmisiltä on puuttunu, on hoiva! H3, lainsäädäntö*

Oleellisina ongelmina lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla nähtiin varhaisen puuttumisen vähäisyys ja resurssipula sekä sosiaalitoimessa ja psykiatriassa. Haastatteluista nousi esille tarve lisätä sosiaalityöntekijöiden määrää. Päteviä sosiaalityöntekijöitä ei ole riittävästi kuntien käytössä, ja osa sosiaalityöntekijöiden työntekijöistä ei täytä kelpoisuusehtoja. Käytännössä lain tulkinta ja vastuun kantaminen saattavat vaikeutua muun muassa resurssiongelmiensa vuoksi. Kuntien tiukat budjetit ja niiden tarkkaileminen koettiin haastateltavien taholta yhdeksi lastensuojelun ja psykiatrian työntekijän työtä rajoittavaksi tekijäksi. Kaikilla tahoilla on jatkuvasti enemmän asiakkaita ja kuntien budjetit lastensuojelun ja psykiatrian osalta pysyvät kutakuinkin entisellään. Usealla tavalla oirehtivaa, vaikeasti hoidettavaa lasta siirrelläänkin usein hoitomuodosta toiseen.

*Voin hyvin kuvitella et on verkostopalaveri, jossa ollaan yhtä mieltä siitä, et henkilö tarvii psykiatrista hoitoa ja vaikka sitä ei ääneen sanota, kaikilla on yhtenäinen käsitys siitä ja sen jälkeen täytyy miettiä, et onko resurssia ja voidaanko ottaa tää osastolle ja sit todetaan et meidän resurssit on nyt niin piukassa, et mun pitää nyt lausua tässä (verkostokokouksessa), et mun mielestä tää ei oo primäärästi niinku psykiatrinen ongelma, et kyl tää lastensuojelullinen enemmän on ja lastensuojelulle ei jää muuta vaihtoehtoa ku huostaanotto ja sijoittaminen. Kyl mä väitän että siellä on sijaishuollossa paljon sellasia, jotka tulis tosiasiassa paremmin autettua jossain toisaalla. Et se on enemmän sellasta säilömistä. Ja nää kokemukset, mitä sijaishuollosta on ja nuoret ite on kuvanneet ni kyllähän ne sanoo et he lusii tän, mitä on pakko ja sit he jatkaa siitä, mihin viimeks jäätiin. H3, lainsäädäntö*

Usein väitetään, että lainsäädäntö salassapitosäädöksineen estää yhteistyötä. Näin ei kuitenkaan ole. Lainsäädännön näkökulmasta yhteistyötä on mahdollisuus tehdä aina lapsen edun perusteella. Molempien tahojen tietoisuuden lisääminen toisten toimintaa ohjaavasta lainsäädännöstä ja toimintatavoista oletettavasti kaataisi joitain raja-aitoja. Uusien työntekijöiden perehdyttämisen puutteet näkyivät lastensuojelussa erilaisina käytäntöinä riippuen lapsen asiaa hoitavasta sosiaalityöntekijästä.

Lainsäädännössä asiakkaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista sekä pakkotoimenpiteiden toteuttamisesta löytyy paljon yhteneviä kohtia. Hoitovastuun jakautumisessa korostuu lapsen ongelmien luonne. Viimekädessä lastensuojelu vastaa lapsen hoidosta ja huolenpidosta, mutta lapsen oireillessa mielenterveysongelmin hoidosta vastaa joko lastensuojelun rinnalla, tai sen sijasta, psykiatria.

Lainsäädännön asiantuntijat toivat esille omia kehitysideoitaan. Heidän mukaansa ”väliinpuotoajalapsille” olisi hyvä harkita esimerkiksi uusia yksiköitä sairaaloiden yhteyteen, joissa olisi paremmat mahdollisuudet hoitaa psyykkisiä sairauksia ennen kotiuttamista tai sijoittamista laitokseen. Sijoitettujen lasten psykiatrasta hoitoa olisi myös täsmennettävä jokaisen yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi. Hyvin merkityksellisiksi nähtiin paikat, joissa on valmiuksia hoitaa myös psyykkisesti sairaita lapsia, jotka on sijoitettu kodin ulkopuolelle. Sijoitetuille lapsille tulisi kuitenkin kertoa selkeästi heidän oikeutensa hakea psykiatrasta apua myös sijoituspaikan ulkopuolelta. Asiantuntijoiden mukaan sijaishuoltopaikkojen ei ole mahdollista toimia samaan aikaan kasvattajana ja terapeutina, vaan sijoitetulla lapsella tulisi olla oikeus valita henkilö, kenelle puhuu asioistaan.

Tällä hetkellä osa asiantuntijoista kokee lapsen jäävän todella yksin huostaanoton ja sijoituksen jälkeen, kun sosiaalityöntekijät katsovat vastuun siirtyneen esimerkiksi yksityiselle perhekodille. Todellisuudessa asiat eivät välttämättä ole lapsen kannalta lainkaan hyvin, vaan kirjavat hoito- ja kasvatuskäytännöt saattavat vaikuttaa haitallisesti lapsen kokonaistilanteeseen. Asiantuntijahaastattelusta suurin osa toivoikin lisää valvontaa ja kiinnostusta erityisesti lasten sijoituspaikkoihin. Vuosittaiset palaverit ovat lapsen kannalta liian harvassa ja lapsen ääntä kuullaan liian vähän.

Markkinoilla on paljon erittäin hyviä sijoituspaikkoja sekä julkisella että yksityisellä sektorilla, mutta varsinkin yksityisen sektorin sijoituspaikkojen toiminta ja käytännöt vaihtelevat huomattavasti toisistaan. Kaikki lainsäädännön

asiantuntijat tuovat esille tapauksia, joissa on rikottu lapsen oikeuksia esimerkiksi perusteettomilla yhteydenpidon rajoitustoimilla, lapsen eristämällä sekä ulkomaailmasta mutta myös sijoituspaikan sisäisistä ihmissuhteista. Tämänkaltaiset rajoitustoimet eivät helpota nuoren asettumista laitokseen tai lapsen mahdollisia psyykkisiä oireita.

Asiantuntijat korostavat myös sitä, että toimiva yhteistyö sosiaalitoimen ja nuorisopsykiatrian välillä luo luottamuksellisen ilmapiirin myös hoidettaville lapsille ja heidän perheilleen. Mikäli yhteistyö on päivittäistä, on luontevaa ja helppoa jakaa hoitovastuu siten, että hoidettava tietää tarkalleen oman tilanteensa ja kokee tulevaisuutensa autetuksi. Heikkojen yhteistyöverkostojen taakse koettiin kasvattavan luottamuspuolaa autettavissa siinä vaiheessa, kun palveluja esiteltiin toisen sektorin puolelta. Yleisohjeistuksen nähtiin olevan tarpeellinen myös luontevan yhteistyön lisäämiseksi.

Kuntien sosiaalitoimistojen osalta tarkennuksia kaivataan toimintakäytäntöihin ja selkeää toiminta- ja etenemismallia on toivottu sosiaalityöntekijän työkaluksi tapauksissa, joissa asiakkaalla on sekä lastensuojelullisia että psykiatrisen hoidon tarpeita. Kaikissa kehitysideoissa on kuitenkin huomioitava rahoitus- ja resursointikysymykset sekä palvelujen tasapuolinen toteutuminen myös niille asiakkaille, joilla ei ole lastensuojeluasiakkuutta.

Kroonisen budjettivajeen käsittelemistä helpottaa ymmärtämys toisen hoitavan tahon samankaltaisesta tilanteesta. Tällä hetkellä kaikki haastateltavat kokivat, että jossain määrin vuosibudjetit ovat liian niukat kaikkien asiakkaiden ensisijaisten, hoitotakuun piirissä tapahtuvien tarpeiden toteuttamiseen. Hankalimmaksi asiaksi koettiin asiakkaiden ylikuormitus hoitavaa henkilöä kohden sekä sosiaalityön että psykiatrian puolella, jossa ei jää aikaa eikä tilaa ajatustyölle ja syvemmälle pohdinnalle lapsen hoidon tarpeista. Kuitenkin riittävä harkinta ja vaihtoehtojen tarkastelu on merkitykseltään ensisijainen esimerkiksi etsittäessä lapselle toimivaa sijoituspaikkaa. Vaikka vain muutamia sijoituksia vuodessa joudutaan purkamaan ja lapsia uudelleen sijoittamaan, on lapsen kokonaistilanteen kannalta vääriin paikkoihin sijoittamisen ongelma todennäköisesti laajempi.

Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, etteivät erikoissairaanhoidon ja viimesijaiset sosiaalityön interventiot saisi enää lisääntyä. Jotakin on tehtävä, jotta nämä yhteiskunnalle kalliit, yksilölle viimesijaiset ratkaisumallit kääntyisivät laskusuhdanteeseen. Ennen yhteiskunnallisia säästöjä tällä rintamalla tulisi kuitenkin panostaa kunnolla. Haastateltavat näkivät selkeänä tarpeena eri sek-

toreiden yhteistyössä toteutettavan tuen arjessa ja koulussa eli varhaisen puutumisen merkityksen korostamisen. Ennen ennaltaehkäisevän työn lisäämistä näillä sektoreilla ei voida olettaa viimesijaisten keinojen vähentyvän.

## LÄHTEET

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.

Gottberg, E. 2007. Perhesuhteet ja lainsäädäntö. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hallituksen esitys Eduskunnalle lastensuojelulaksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi 252/2006.

Humppi, S-M. & Ellonen, N. 2010. Lapsiin kohdistuva väkivalta ja hyväksikäyttö. Tapaus-ten tunnistaminen, rikosprosessi ja viranomaisten yhteistyö. Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuksia 40/2010. Tampere.

Laukkanen, E.; Marttunen, M.; Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Duodecim.

Kaivosoja, M. 1996. Pakko auttaa. Tutkimus mielenterveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Edita.

Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. 2010. Sosiaalityön käsikirja. Tallinna. Tallinna Raamattutrukikoda.

Kananoja, A.; Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja vastuuta. Juva: WS Bookwell Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kokko, A-M. & Turunen, M.-M. 1994. Matkalla yhdessä tekemiseen. NUPRO - Nuorten integroitu hoitomalli. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 149. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

Laukkanen, E.; Marttunen, M.; Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) 2008. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.



Litmala, M. & Lohiniva-Kerkelä, M. (toim.) 2005. Nuoren oikeudet. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Mahkonen, S. 2010. Lastensuojelu ja laki. 3. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Moilanen, I.; Räsänen, E.; Tamminen, T.; Almqvist, F.; Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Moilanen, J. 2000. Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon! Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ”Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut -projekti Askolassa, Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä vuonna 1999. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 2000. Helsinki.

Narikka, J. (toim.). 2006. Sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädäntö käytännössä. Tietosanoma. Tallinna: AS Pakett.

Räty, T. 2010. Lastensuojelulaki. Käytäntö ja soveltaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Saurama, E. 2002. Vastoin vanhempien tahtoa. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 2002:7. Helsinki.

Sinkkonen, S. (toim.) 1993. Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaali- ja terveyskertomus 2006. Julkaisuja 2006:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveyskertomus 2010. Julkaisuja 2010:1. Helsinki.

Taskinen, S. 2010. Lastensuojelulain soveltaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Taskinen, S. 2007. Lastensuojelulaki (417/2007). Soveltamisopas. STAKES oppaita 65. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuori, K. 2003. Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännön. Helsinki: Hakapaino Oy.

Turun Sanomat 3.11.2011.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

## LIITE I

### Haastattelu palvelutuotannon näkökulmasta:

Aihealueet:

#### **Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön kehityskulku nykypäivään:**

Mikä on muuttunut?

Edistysaskeleet/takaisin harppaukset?

Mitä toimiva kokonaisuus vaatii mielestäsi lisää (lainsäädäntöön, yhteistyöhön, sitouttamiseen...)?

***Mitkä ovat lainsäädännölliset haasteet ja velvoitteet yksikkönne (palvelutuotannon) näkökulmasta?***

#### **Yhteistyö ja kumppanuudet:**

Ketkä tekevät yhdessä, kenen tulisi tehdä yhdessä, moniammatillisuus lasten asioista päätettäessä.

Minkälaista on moniammatillinen yhteistyö tällä hetkellä, onko yhteisiä linjoja vai henkilöistä kiinni?

- Käytännön työn haasteet?
- Kumppanuudet? miten julkiset ja yksityiset organisaatiot järjestävät yhteistyönsä ja millaisia kumppanuusmalleja kehittämistoiminnan tuloksena syntyy?
- Tietojen luovutus muille kuin terv.alan ammattilaisille?
- Hoitotahojen psykiatrisen osaamisen mahdollisuudet ja rajat?

#### **Hyvät ja toimivat yhteistyökäytännöt hallinnon tasolla:**

- Työpaikan sisäiset yhteneväiset käytännöt vrt. työpaikkojen sisäiset eriävät käytännöt
- Ihmissuhteiden pysyvyys, lapsen kasvun turvaaminen?
- Yksikkönne palvelumalli?
- Yksikkönne vahvuudet / Heikot lenkit?
- Miten ja mihin kukin asiakastyypin tällä hetkellä ohjataan hoidon

näkökulmasta?

- Mitkä ovat ne ydinkohdat joiden perusteella tehdään päätös asiakkaan siirtämisestä tietyn hoitomuodon piiriin?
- Mitä syitä/perusteluja on tullut vastaan, miksi asiakas on suljettu pois tietyistä hoitomuodosta?
- Millainen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian (alueellisen hallinnon) yhteistyömalli yksikössänne on olemassa (jos on olemassa) 1. suunnitelman, 2.käytännön tasolla

### **Kehittämisen- ja yhteistyö:**

Yhtenäisten käytäntöjen merkitys lapselle/perheille

Minkälaisia asetuksia lakiin voisi lisätä lapsen mielen /psyko-fyysis-henkisen kasvun turvaamiseksi toimivan yhteistyön mahdollistamiseksi? Keskeiset seikat ja havainnot olemassa olevista sudenkuopista?

- Mitä kehittämishankkeita/toimenpiteitä on jo käynnissä?
- Omat kehittämisenäkemykset

### **Yhteinen vastuu asiakkaista:**

- Kenellä ensisijainen vastuu lasten hyvinvoinnista (mielipide, palveluntuottajan näkökulmasta)
- Mitä merkitystä on hoitoryhmän/yhdyshenkilön pysyvyydellä hoidettavalle? miten asian merkitystä voisi korostaa, mitä pitäisi muuttaa nykyisessä käytännössä?
- Miten lapsen/nuoren hoitopolku etenee?
- erot ”tavallisten” ja lastensuojelun piirissä olevien nuorten hoitopolussa/ongelmissa?
- väliinputoajanuoret; ei sovi sijoituspaikkaan eikä osastolle? käytännöt, tarkennuksia? Mihin nämä nuoret tulisi sijoittaa, miten hoitopolkua ohjata?

## LIITE 2

Haastattelu lainsäädännön näkökulmasta:

### 1. Lakipykälien tulkinnallisuus ja tarvittavat tarkennukset ongelmakohtiin:

Mikä on lastensuojelua ja lapsi- /nuorisopsykiatriaa ohjaavien lakien keskinäinen ja hierarkkinen **suhde**?

- Olisiko eri tahojen toimintakäytäntöjä mahdollista kiteyttää ja yhtenäistää selkeyttämällä lainsäädäntöä? (esim. nuori rikoksentehtijä; mielenterveyslaki, potilaslaki, lastensuojelulaki ja rikosoikeus asettavat erilaisia, ristiriitaisia vaateita, mikä on ensisijaista, riippuuko tulkitsijasta?)
- Mitä toimiva kokonaisuus lastensuojelun ja -psykiatrian alueilla vaatisi lainsäädännön näkökulmasta?
- Miten lakia tulkitaan lastensuojelun ja lastenpsykiatrian näkökulmasta? Onko olemassa yhtenäisiä käytäntöjä vai voiko sellaisia odottaakaan? Yhtenäisten käytäntöjen merkitys, tasapuolinen kohtelu kaikkialla maassa?
- Miten laki ohjaa palvelutuotantoa lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnassa? Onko tasapuolista kaikille? (pompottelu taholta toiselle pykäliin vedoten)

Miten lait mahdollistavat ja edellyttävät / estävät **yhteistyötä**? (Esim yhteistyö loppuu usein lastensuojeluilmoituksen tekemisen jälkeen, voiko lainsäädännöllä muuttaa asiaa toimivammaksi?)

- Yhteistyön/moniammatillisen työn sektorirajat ylittävän määritelmä ja vaatimus laissa, onko tarpeen, miten vaitiolovelvollisuuden merkitys?, mikä on yhteistyötarjous? Velvoite yhteistyöhön?
- Mitä ovat lainsäädännön (lastensuojelulaki, potilaslaki ym.) selkeimmät harmaat ja tulkinnalliset alueet, sudenkuopat (joita pitäisi uudelleenmuotoilla/tarkentaa) hoitoa /palvelua järjestettäessä ja palveluohjauksessa?
- Mitkä lainsäädännöstä johtuvat seikat edistävät/ehkäisevät asiakkaan siirtelyä hoitomuotojen välillä?

## 2. Lapsen oikeudet:

Mitkä lait mahdollistavat asiakkaan oikeuksien toteutumisen / toteutumattomuuden? oikeus hoitoon ja hoivaan, mikä valvoo oikeuksien toteutumista, kenen pitäisi valvoa, Miten lainsäädäntö ohjaa palveluiden järjestämistä asiakasnäkökulmasta? (esim. vanhemmat joutuvat vaatimaan lapselleen palveluita, toteutuuko myös sijaishuollossa samoin?)

Resurssien – lainsäädännön ristiriita? Hoidon sisältö ja laatu (pysyvyys, rytmi, suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus), onko minimiä, miten toteutuu?

## 3. Vastuuasiat:

- Kuka on viimekädessä vastuussa asiakkaasta erilaisissa tilanteissa, joissa sopivaa hoitopaikkaa/toimia ei löydy? (aikaisemmin ei ollut palveluiden järjestämisvastuuta, sijoituskunta kieltäytyy järjestämästä?)
- välinputoajanuoret; ei sovi sijoituspaikkaan eikä osastolle? käytännöt, tarkennuksia?
- sijoitetuilla lapsilla suurempi psyk.hoidon tarve, mutta keinot rajalliset/ käytännöt toimimattomat?

Miten laki määrittää **vastuun** nuoren hoito- ja hoivaprosessissa? Kenen tulee ajaa nuoren etua ja oikeuksia yksilötasolla? Kuka vastuuttaa hoito- ja hoivatasoja? Mitä vastuu pitää sisällään? Yleinen ajatus vanhemmista lapsen etujen ajajana, hyvinvointivaltion mureneminen vanhemmat joutuvat enenevässä määrin vaatimaan lapselleen lain takaamia palveluita. Mitkä lainsäädännöstä johtuvat seikat edistävät/ehkäisevät asiakkaan siirtelyä hoitomuotojen välillä? siirtely hyvä/huono? miten?

- Muuna tarkoituksena oli tutkia kahdentoista nuoren kokemuksia saamistaan lastensuojelun ja -psykiatrian palveluista. Muuta merkityksellistä?

# ”RIITTÄISI KUN TULISI TUNNE SIITÄ, ETTÄ VÄLITETÄÄN” – NUORTEN KOKEMUKSIA SAAMISTAAN LASTENSUOJELUN JA PSYKIATRIAN PALVELUISTA

*Mirka-Mari Hytinkoski, Sari Järvinen & Ringa Rantanen*

Tänä päivänä suuri osa suomalaisista nuorista voi hyvin. Kuitenkin kuilu hyvin ja huonosti voivien nuorten välillä on kasvanut ja pahoinvoivat nuoret voivat entistä huonommin. Nuorten huonovointisuuteen johtavat ongelmat ovat moninaistuneet ja syventyneet. Lastensuojelun huostaanotot ovat huomattavasti lisääntyneet 2000-luvulla, psykiatriseen hoitoon hakeutuminen on kasvanut ja monet asiakkuudet kulkevat rinnakkaisprosesseina. Tästä johtuen lastensuojelun ja psykiatrian palveluiden yhteistyö ja onnistuminen on keskeinen asia lasten ja nuorten palveluiden toimivuuden kannalta. Lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon ja lastensuojelupalveluiden välinen yhteistyö onkin tänä päivänä lisääntynyt, mutta se hakee vielä omaa paikkaansa. Suomessa lastensuojelun ja lastenpsykiatrian palveluiden välistä toimijuutta sekä sen mahdollisuuksia ja rajoitteita on tutkittu vähän suhteessa sen ajankohtaisuuteen ja tarpeellisuuteen. Monialainen, sektorit ylittävä yhteistyö on haaste ja toisaalta välttämättömyys ongelmien tehokkaampaan hoitoon.

## TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Syksyllä 2010 Turun ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijoilla oli mahdollista päästä mukaan ammattikorkeakoulun Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintojen tutkimushankkeeseen (LaPsyke) tekemään kartoitus lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyönä toteutuneista hankkeista. Tämän kartoituksen myötä opinnäytetyömme aiheeksi täsmentyi tutkia nuorten kokemuksia lastensuojelun ja -psykiatrian palveluista, sillä aikaisemmissa lastensuojelun ja

psykiatrian yhteistyönä toteutetuissa hankkeissa kehittämistyö on perustunut lähinnä eri ammattilaisten näkemyksiin.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kerätä tietoa lastensuojelun ja -psykiatrian välisen yhteistyön toimivuudesta tai toimimattomuudesta nuorten näkökulmasta. Halusimme tuoda nuoren äänen kuuluviin ”aikuispuheen” takaa ja tarjota näille nuorille väylän kertoa oman palvelutarinansa sekä näkemyksensä toimivasta, heidän toiveitaan vastaavasta palvelusta. Nuorilla oli näin mahdollisuus päästä vaikuttamaan heitä koskettaneiden palveluiden kehittämisessä kohti asiakaslähtoisempää suuntaa. Opinnäytetyömme tutkimustehtävinä oli selvittää nuorten hyviä ja huonoja kokemuksia saamistaan lastensuojelun ja psykiatrian palveluista ja näissä palvelupoluissa ilmenneissä ongelmakohtissa sekä tuoda esiin nuorten omat kehitysehdotukset lastensuojelun ja psykiatrian palveluista.

Tutkimusaineistomme muodostaa kahdelletoista nuorelle toteutetut kolme haastattelukertaa. Määrittelimme haastateltavien valintakriteereiksi lastensuojelun ja -psykiatrian asiakkuuden jossain vaiheessa haastateltavan lapsuutta tai nuoruutta sekä yli kahdentoista vuoden ikää. Jokainen meistä etsi tahoillaan neljä haastateltavaa ottamalla puhelimitse sekä sähköpostilla yhteyttä yksityisiin lastensuojelun sijais- ja jälkihuollon organisaatioihin sekä sosiaalityöntekijöihin.

Haastateltavien hankintavaiheessa kerroimme opinnäytetyömme aiheesta ja suunnittelemistamme toteutuskerroista. Ensimmäisellä toteutuskerralla kävimme läpi nuoren elämänsäkaarta, toisella haastattelukerralla ajatuksia ja kokemuksia hänen saamistaan palveluista ja kolmannessa kehitysehdotuksia palveluiden parantamiseksi aarrekarttatyöskentelyn muodossa. Haastateltaville nuorilla oli mahdollisuus käsitellä omaa palveluhistoriaansa uudelleen elämäntarinoidensa avulla, sillä lähestymistapamme haastatteluihin oli narratiivinen.

Haastatteluja varten hankimme tutkimusluvut usealta eri taholta. Saatuaamme luvat lastensuojeluyksiköiltä, jotka luovuttivat tietoja nuorista, sekä haastateltavilta nuorilta, lähetimme tutkimusluvut sijoitusvastuissa oleville kunnille ja alaikäisten nuorten huoltajille. Koska kaksi haastateltavista oli jo täysi-ikäisiä, lupaa kunnilta tai huoltajilta ei tarvittu. Lupa-asioiden hoitaminen on vaikeampaa, kun on kyse huostaanotetusta tai sijoitetusta lapsesta. Tällöin tarvitaan luvat biologisilta vanhemmilta, vaikka he eivät lapsen kanssa asuisikaan. (Ojala 2011, 13.) Meillä oli vaikeuksia hankkia lupia kaikilta vanhemmilta, sillä haastateltavien nuorten vanhemmista useat olivat eronneita, mutta heillä oli yh-

teishuoltajuus. Tämä tarkoitti sitä, että lupahakemus piti lähettää molemmille vanhemmille hyväksyttäväksi. Jouduimmekin lähettämään joitakin lupia kahteen kertaan ja soittelemaan vielä näiden perään, jotta saimme lopulta kaikki tarvitsemamme luvat haastatteluiden tekemiseen.

Tutkimuksen kulkua vaikeutti se, että yksi haastateltava jättäytyi kokonaan pois useamman haastattelukerran peruutettuaan ja uuden nuoren etsiminen oli aikaa vievää. Tutkimuksen loppuvaiheessa vielä kaksi haastateltavaa vetäytyi pois vaikeiden elämäntilanteiden vuoksi, jolloin uusien haastateltavien hankinta oli mahdotonta aikataulullisista syistä. Kaiken kaikkiaan toteutimme siis kolmekymmentä tapaamiskertaa kymmenen nuoren kanssa. Haastattelut suoritettiin kesän ja syksyn 2011 aikana.

Tutkimuksessamme lähestymistapa haastatteluihin oli narratiivinen, koska keräsimme aineistoksi kertomuksia ja kokemuksia. Tänä päivänä kiinnostus elämäntarinoiden ja kertomusten käyttöön eri tieteenalojen tutkimuksessa on voimistunut. Voidaan puhua narratiivisesta tai jopa elämänkerrallisesta muutoksesta sosiaalitieteissä. Tätä muutosta on kuvailtu subjektiiviseksi tai kulttuuriseksi käännekohtaksi, jossa annetaan yksilön henkilökohtaisille ja sosiaalisille merkityksille entistä tärkeämpi asema kaikessa toiminnassa. (Chamberlayne ym. 2000, 20.) Olennaista narratiivisessa tutkimuksessa on kertojan oman näkökulman ymmärtäminen ja hänen äänensä kuuleminen (Erkkilä 2006, 195). Annoimme haastateltaville nuorille mahdollisuuden kertoa omasta palveluhistoriastaan ja subjektiivisesta kokemuksestaan palveluiden toimivuudesta.

Narratiivisuus tutkimusmetodinä on lähestymistapa, jossa huomio suunnataan kertomuksiin tiedon välittäjänä ja rakentajana (Heikkinen 2010b, 143). Tarinan kerronnan avulla yksilöt antavat elämäntapahtumille ulkoisen muodon, mikä auttaa jäsentämään ja työstämään kokemusta (Hänninen 1999, 77–78). Tärkeää on tuoda esiin tutkittavien henkilöiden oma ääni sekä heidän tunteensa ja toimintansa. Olennaista on myös nostaa esille heidän kokemukseen tarkastellen erityisesti yksilön elämässä tapahtuneita käännekohtia, jotka voivat radikaalisti muuttaa merkityksiä, joita ihmiset antavat itselleen ja saamilleen kokemuksilleen. (Syrjälä 2010a, 249.) Parhaimmillaan narratiivisesta haastatteluprosessista syntyy jotain uutta ja voimaannuttavaa (Sutinen 2011, 129). Ihmisen tieto itsestään sekä maailmasta muotoutuu yhä uudelleen ja uudelleen kertomusten avulla (Heikkinen 2010b, 145). Tutkimuksessamme nuorilla oli mahdollisuus eheyttävään kokemukseen, eli käsittää omaa palveluhistoriaansa tarinoidensa uudelleen kertomisen avulla.



Tutkimuksen ensimmäisellä toteutuskerralla käytimme elämänjanaa apuvälineenä teemahaastattelun teossa, koska sen avulla saimme kattavamman aineiston nuorten kokemuksista. Työskentelyn tarkoituksena oli käydä läpi elämänhistoriaa siihen sisältyvien tunnekokemusten avulla. Elämänjanan avulla erilaiset kokemukset, tunteet ja muistot välittyvät kuulijalle yksilön kertoessa niiden vaikutuksista elämäänsä. Tämän kautta voidaan lisätä ymmärrystä jo eletystä elämästä. (Muukkonen & Tulensalo 2004, 28.) Elämänjana auttaa tekijäänsä hahmottamaan omaa elämänhistoriaansa, elämään kuuluneita tapahtumia, ihmisiä ja erilaisia käännekohtia. Janan tarkoituksena on selvittää tekijänsä kokemaa elämää ja sijoittaa hänen tarinansa sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tavoitteena on ymmärrys kertojan kokemuksista eikä elämäkerran todentaminen. (Dunderfelt 1997, 262; Erkkilä 2006, 196–197.)

Koska elämänkaarellisuus on tärkeä osa eheyttävän kokemuksen mahdollistamisessa nuorelle, kävimme palvelupolkujen lisäksi läpi myös muita nuoren elämäntapahtumia. Tutkimuksessamme elämänjanaa käytettiin nuorta osallistavana menetelmänä ensimmäisellä toteutuskerralla. Elämänjanaa piirtäessään nuori kertoi omaa tarinaansa ja sitä, kuinka lastensuojelu ja psykiatria olivat tulleet siihen osaksi kulkien mukana tähän päivään saakka. Nuorten palvelupolut saattoivat olla hyvinkin pirstaleisia, jolloin elämänjana mahdollisti näiden polkujen kokonaiskuvan hahmottumisen.

Toisella haastattelukerralla keskityimme elämänjanasta nousseisiin nuorten kokemuksiin lastensuojelun ja -psykiatrian palveluista. Nuoren kokemusten ollessa perustana tutkimustehtäville on kysymysten asettelu tehtävä niin, että nuorella on aito mahdollisuus vastata kysymyksiin juuri niin kuin hänestä itsestään tuntuu. Esitetyn kysymyksen jälkeen lapselle ei saa jäädä tunnetta siitä, että häneltä odotetaan jotain tiettyä vastausta. (Karlsson 2006, 10.) Ennen haastattelun alkua painotimme nuorille, että he saavat vapaasti kertoa sen, mitä heistä tuntuu ja ettei oikeita tai vääriä vastauksia kysymyksiin ole olemassa.

Haastattelutilanteessa emme halunneet ohjata nuorten vastauksia, koska tarkoituksena oli saada heidät kertomaan omaa tarinaansa. Haastattelurunkoon kirjasimme kuitenkin melko paljon lisäkysymyksiä siltä varalta, että nuoren on vaikea tuottaa tarinaansa itse. Osa haastateltavista tuotti sujuvasti tietoa elämästään, kun taas joillekin narratiivisuus haastattelun teossa osoittautui melko haasteelliseksi. Haastattelun uhatessa jäädä liian niukaksi, etenimme pitkälti kysymys-vastauslinjalla, jotta saimme kattavan aineiston.

Viimeisellä tapaamiskerralla käytimme aarrekarttaa apuvälineenä. Aarrekartta on työtapo, jonka tarkoitus on vaikuttaa mieleen. Työskentelyn perusajatukseksi on, että ajatus-toimiminen-toteutuminen -ketju on unelmien osalta mahdollista. Ihmisen tiedostaessa itselleen tärkeän asian, hän pyrkii päämääräänsä, mikä onkin aarrekartta-työskentelyn ydin. Aarrekartta-työskentelyä aloitettaessa tarvitaan keskittynyttä mieltä. Aarrekartan voi koota kuvalliseen, sanalliseen tai tuntemukselliseen muotoon. Työskentelyssä voi myös yhdistellä erilaisia aarrekartan tekotapoja. (Harju 1999, 78.)

Aarrekartan avulla selvitimme nuorten kehitysehdotuksia lastensuojelun ja -psykiatrian palveluista. Vaikka aarrekartan perusideana on omien unelmien tavoittelu, voidaan sitä käyttää myös apuna erilaisissa projekteissa ja tutkimuksissa. Tällöin jokainen osallistuja työstää aarrekartan, joka kuvaa juuri hänen toiveitaan ja ajatuksiaan aiheesta. Tärkeintä ei ole ideoiden käyttökelpoisuus, vaan vapaus tuottaa omien unelmien näköinen aarrekartta. (Maaseudun sivistysliitto 2011.) Tutkimuksessa nuori teki aarrekartan ”unelmapalvelusta” eli siitä, minkälaisia lastensuojelun ja lastenpsykiatrian palveluiden hän toivoisi olevan. Visuaalisen aarrekartan tarkoituksena oli tuoda esille sellaisia positiivisia elementtejä, joita nuori ei ole välttämättä sanallisin keinoin pystynyt kuvaamaan. Valmis aarrekartta antaa suuntaa sille, minkälaisia palveluiden tulisi olla (Harju 1999, 69–70).

## Nuorten kokemukset lastensuojelun ja psykiatrian palvelupoluistaan

Tutkimustuloksemme osoittavat, että lastensuojelun ja psykiatrian palveluista koettu hyöty oli moninaista. Laatuerot sekä kokemukset näistä palveluista vaihtelivat suuresti, sillä nuoret olivat käyneet läpi useita eri palvelupaikkoja. Tämän takia tulokset olivat osaltaan ristiriitaisia, kun palveluverkoston yhdestä paikasta saattoi olla todella huonoja kokemuksia ja taas toisesta saman sektorin yksiköstä erittäin positiivisia tuntemuksia. Sekä lastensuojelun että psykiatrian asiakkuuden alkaminen koettiin sen hetkistä elämänlaatua parantavaksi ja oloa helpottavaksi tekijäksi, vaikkakin usealla alkua aiheutti järkyttymisen tunteita. Tutkimuksessa osa nuorista toi ilmi epätietoisuuden tuntemuksia koskien palvelupolkujen alkua. Kuitenkin siirtymät sijaishuoltoon tapahtuivat yhteisymmärryksessä sosiaalitoimen kanssa.

Useassa tapauksessa asiakkuuksien alkua ja palveluiden piiriin siirtymistä leimasivat yllätyksellisyys. Päätökset ja laitoshoitoihin siirtymiset tapahtuivat joissakin tapauksista nuorilta ikään kuin salassa, eivätkä nuoret aina tienneet,

mihin päätyisivät seuraavaksi tai mitä tulisi tapahtumaan. Tämä vaikeutti tulevaisuuden suunnittelua ja heikensi oman elämän hallintaa sekä loi toiseuden tunteita. Keskeistä hyvinvoinnissa onkin ihmisten näkemys omasta kyvykkyydestään. Tärkeää on kokemus itsestä arvostettuna yhteiskunnan jäsenenä ja tasavertaisena toimijana (Karvonen ym. 2009, 20; Raijas 2008, 15). Subjektiiviseen kokemukseen hyvinvoinnin toteutumisesta liittyvät käsitykset omista vaikutusmahdollisuuksista toimintaympäristössä (Raijas 2008, 15). Mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään on Allardtin (1976, 49) mukaan tärkeä osa hyvinvoinnin kolmatta ulottuvuutta (being). Osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien toteutuminen oli nuorten mielestä hyvin paikkakohtaista. Nuoret saivat osallistua päätöksentekoon ja heidän mielipiteitään kysyttiin, mutta kokemukset kuulluksi tulemisesta ja todellisista vaikutusmahdollisuuksista jäivät vähäisiksi sekä lastensuojelun että psykiatrian palvelupaikoissa.

Palvelupoluissa ilmeni tapauksia, joissa nuoren ääni ei kuulunut ”aikuispuheen” takaa ja nuori jäi oman asiakkuutensa ulkopuolelle. Nuorten sijaan työntekijät kiinnittivät liialti huomiota nuoren vanhempiin ja nuori tunsii jääneensä näkymättömiin. Tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni ongelmia nuorten palvelupoluissa, kun vanhempien mielipide painoi nuoria enemmän tai työntekijät keskittyivät liiaksi tekemään nuorta koskevia ratkaisuja keskenään. Lapsen oikeuksien sopimuksen 12 artiklassa lapsella tulisi olla oikeus ilmaista vapaasti omat näkemyksensä kaikissa häntä koskevissa asioissa. Lisäksi lapselle on erityisen tärkeää antaa mahdollisuus tulla kuulluksi oikeudellisissa ja hallinnollisissa toimituksissa, jotka koskettavat häntä. (LOS 1989.) Tutkimuksen tuloksista nousee ongelmana tasavertaisuuden puuttuminen sekä kokemus vähäisestä kuulluksi tulemisesta.

Turvallisuuden tunne välittyi nuorten kertomuksista saamistaan palveluista. Turvallisuutta luovia tekijöitä olivat nuorten mielestä palvelujen tarjoamat rajat, rutiinit ja säännöllisyys. Myös hyvät ja luottamukselliset suhteet työntekijöihin loivat turvallisuutta. Nuorten kertoman mukaan useat heistä olivat luoneet ainakin yhden merkityksellisen suhteen johonkin työntekijään, jonka kanssa keskustelu koettiin omaa olotilaa helpottavaksi. Tästä voimme päätellä merkityksellisen suhteen solmimisen olleen tärkeä nuoren hyvinvointia edesauttava asia. Lastensuojelun sijaishuollossa ja psykiatrian osastohoidossa käytetäänkin työmenetelmänä omahoitajuutta, jolloin työntekijä pyrkii lapsen tai nuoren kanssa luomaan vuorovaikutteisen ja korvaavia ihmissuhdekokeimuksia mahdollistavan suhteen (Laakso 2009, 249; Ylijoki 2002, 13).

Vaikka pääsääntöisesti palvelut tukivat ja loivat sosiaalisia suhteita sekä mahdollistivat ainakin yhden merkityksellisen suhteen muodostumisen työntekijään, oli myös negatiivisia kokemuksia palveluiden kautta tulleista kontakteista. Muutamat nuorista kokivat pelon tunteita kohdatessaan muita asiakkaina olleita aggressiivisesti käyttäytyviä nuoria. Työntekijöiden vaihtuvuus molemmilla sektoreilla vaikeutti merkityksellisten ja pysyvien suhteiden luomista työntekijöihin. Osa nuorista koki työntekijät etäisiksi ja passiivisiksi ja sosiaalisten suhteiden luominen heihin oli hankalaa. Työntekijöiden vaihtuminen lisää työn katkoksisuutta ja vie aikaa asiakkaan kanssa työskentelyltä, koska tiedon kulku työntekijältä toiselle pitää varmistaa. Koska lapsen ja nuoren voi olla hyvin vaikea rakentaa luottamuksellista suhdetta uusiin ihmisiin, on tärkeää pyrkiä pitkäjänteiseen työskentelyyn ja pysyvyyden ylläpitämiseen. (Puustinen-Korhonen & Pösö 2010, 17.)

Sosiaaliset suhteet ovat tärkeä hyvinvointia tukeva tekijä. Allardtin (1976, 43) mukaan yksilöllä on tarve rakkauteen, solidaarisuuteen ja toveruuteen (loving). Tutkimuksen tulokset osoittavat lastensuojelun ja psykiatrian palveluiden parantaneen nuorten sosiaalisia suhteita. Asiakkuuksien aikana tai niiden johdosta nuorten välit biologisiin sukulaisiin paranivat ja he solmivat uusia suhteita toisiin nuoriin. Tuloksista selvisi näiden suhteiden merkityksen olleen monelle nuorelle suuri, sillä se tarjosi vertaistukea ja ajatusten vaihtoa muiden samankaltaisten kokemusten ja palvelupolun omaavien nuorten kanssa. Suhteiden ylläpitoa mahdollisti palveluiden ja kodin välinen yhteistyö.

Palvelupoluissa ilmeni ongelmia asiakkuuksien oikea-aikaisuuksissa. Muutamilla nuorilla oli kokemuksia palveluiden liian myöhäisestä puuttumisesta vaikeaan elämäntilanteeseen ja avun saanti saattoi olla osiltaan oman aloitekyvyn varassa. Palvelupolut olivat myös pirstaleisia ja avunsaannin paikkoja piti käydä läpi useampia. Oli myös kokemuksia siitä, ettei apua voitu tarjota toisen sektorin työpanoksen puuttuessa tai resurssien riittämättömyyden vuoksi, oli muutamalla nuorella. Vastuuta siirrettiin joissakin tapauksissa sektorilta toiselle nuoren pudotessa näiden palveluiden väliin. Nuorten keskuudessa käsitykset yhteistyön tekemisestä lastensuojelun ja psykiatrian välillä olivat hatarat. Suuri osa koki jonkinasteisen yhteistyön olemassaolon, mutta kuvailivat sen olevan vähäistä. Muutama oli sitä mieltä, ettei toimivaa yhteistyötä ole lainkaan. Tutkimuksen teon aikana ei käynyt ilmi, että alojen ammattilaiset olisivat yhdessä arvioineet asiakkaan tilanteita. Näiden tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös siitä, että sektorien välisen yhteistyön parantamisessa ja eteenpäin viemisessä olisi paljon kehittämisen varaa.

Allardtin hyvinvointiteorian mukaan yksilön hyvinvointi koostuu fysiologisten tarpeiden tyydytyksestä (having) ja yhteiskunnassa vallitsevista osatekijöistä, kuten turvalliset asuinolot ja terveys (Allardt 1976, 39–40). Nuoret saivat apua vaikeaan elämäntilanteeseen, elämän uudelleen järjestämiseen ja perusturvallisuuden tunteen saavuttamiseen sekä uskoa tulevaan. Palvelut mahdollistivat myös perustarpeiden tyydytyksen, mitä aikaisemmat epävakaa olosuhteet eivät välttämättä pystyneet tarjoamaan. Tutkimuksesta selvisi, että useat nuoret kokivat molempien sektoreiden palvelupolut tarpeellisiksi ja että ne olivat mahdollistaneet tämänhetkisen paremman tilanteen. Tutkimustuloksemme kertovat lastensuojelun ja psykiatrian auttaneen nuoria monin eri tavoin. Näillä tahoilla voimme todeta olevan tärkeä merkitys yksittäisen nuoren elämään.

## Nuorten kehitysehdotukset lastensuojelun ja psykiatrian palveluiden parantamiseksi

Nuoret toivat esille tyyleiltään erilaisia kehitysehdotuksia ja toiveita. Nämä toiveet ja ehdotukset olivat sekä konkreettisia että tunteita välittäviä. Nuorten asemaan ja kohtaamiseen liittyvät tekijät nousivat esiin useista kehitysehdotuksista. Nuoret ehdottivat, että sektorien toimijat kohtaisivat asiakkaitaan heitä arvostaen, eivätkä aliarvioisi heidän kokemuksiaan. Arvostusta ja osallisuutta lisäisi se, että nuori pidettäisiin jatkuvasti ajan tasalla. Uusien asioiden tapahtuessa heille selitettäisiin tilanne ja syyt tapahtuneeseen muutokseen. Myös niin pieni ele kuin teekupillisen tarjoaminen kohdattaessa lisäisi tunnetta arvokkuudesta ja välittämisestä.

Tutkimuksessa ilmeni nuorten toivomus palvelupaikkojen kodinomaisuudesta ja virikkeellisyydestä. Heidän mielestään kodikkuutta pystyttäisiin edistämään sisustuksellisilla elementeillä, kuten värien lisäämisellä sekä mielekkäillä ja mukavilla huonekaluilla. Laitoksellisuuden ja virastomaisuuden toivottiin häviävän palveluista. Tarpeelliseksi koettiin myös kattavammat harrastusmahdollisuudet sekä pelien ja musiikkivälineiden nykyistä laajemmat käyttömahdollisuudet. Pelaaminen ja yhdessä tekeminen loisivat nuorten mielestä kodikasta tunnelmaa ja yhteisöllisyyttä.

Ihmissuhteiden muodostumista nuoren ja työntekijän välille helpottaisi työntekijöiden kokonaisvaltainen läsnäolo. Työntekijöiden toivottiin olevan henkisesti läsnä vuorovaikutustilanteissa sekä fyysisesti nuorten keskuudessa. Nuoret toivoivat, että työntekijöitä olisi helppo lähestyä. Työntekijät voivat vaikut-

taa aktiivisuudellaan, dialogisella lähestymistavalla ja avoimuudellaan siihen, että nuoren on helppo ottaa kontaktia ja lähteä mukaan suhteen muodostamiseen. Aloitteen tulisi lähteä työntekijältä, kuitenkin nuorten ehtoja kunnioittaen. Suhteiden toimivuuden kannalta eteenpäin katsominen on tärkeää. Turha menneiden vatvominen ja syyllistäminen eivät ole tilannetta positiivisesti kehittäviä. Tarvittaessa nuoret toivoivat mahdollisuuden aloittaa ”nollasta” ja edettävän pienin askelin.

Toimivampaan yhteistyöhön lastensuojelun ja -psykiatrian aloilla pitäisi nuorten mielestä kiinnittää erityisesti huomiota. Konkreettinen ehdotus eräältä nuorelta oli se, että psykiatrialla asioidessaan hän saisi yhdessä hoitavan tahon kanssa suunnitella vuoropuhelussa, mistä asioista olisi hyvä tiedottaa eteenpäin lastensuojelulle ja toisinpäin. Tällöin nuori olisi itse tietoinen siitä, mikä on molempien tahojen käsitys hänen senhetkisestä tilanteestaan. Tiedon kulku sektorien välillä toimisi ja nuori saisi vaikuttaa asiaansa.

Toinen nuorilta lähtenyt kehitysehdotus oli kattavan turvaverkoston rakentaminen nuorelle. Se tarjoaisi monia eri palveluita nuoren yksilölliseen tilanteen mukaan räätälöidysti ilman epäkäytännöllistä asioiden työstämistä useiden eri ihmisten kanssa. Verkoston tulisi olla moniammatillinen, mutta asiantuntijoita ei saisi olla liikaa. Tällöin tietoisuus nuoren tilanteesta olisi selkeä ja kokonaisvaltaisempi kaikille verkostossa toimiville. Tämänkaltaista moniammatillista tiimityöskentelyä ja uudenlaisten työmallien kehittämistä sekä kokeilua on jo ollut ainakin seuraavissa hankkeissa: Harava-projektin toimintamallikoikeilu Koulutuksellinen ryhmäkonsultaatio (KORKO), Lapsen ääni – Nuorten intensiivimenetelmät ja Remonttihankkeen Mielenterveysambulanssi.

## MONIALAISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN ON TÄRKEÄÄ

Tänä päivänä lastensuojelu ja lastenpsykiatria kulkevat rinnakkain. Lasten ja nuorten elämäntilanteiden ja ongelmien tullessa yhä vaikeammiksi, asettaa se uuden haasteen sekä lastensuojelun että psykiatrian palveluille. (Turun ammattikorkeakoulu (AMK) 2009, 1.) Nuorten hyvinvointi on kokonaisuus, jota edistäessä on ylitettävä ammatillisia rajoja (Kuure ym. 2007, 9). Tämän vuoksi monialainen yhteistyö on välttämätöntä ongelmien tehokkaammaksi ratkaisemiseksi, ennaltaehkäisevän työn kehittämiseksi sekä kokonaisvaltaisemman näkemyksen saavuttamiseksi (Turun AMK 2009, 1). Lastensuojelu ja psykiatria toimivat erillisestä ja erilaisesta lainsäädännöstä huolimatta samoilla

tehtävälalueilla, sillä molempien lakisäätöisenä tavoitteena on elämänolosuh-  
teiden ja hyvinvoinnin parantaminen, vaikka tavoite ilmaistaankin eri tavoin  
(Kuure ym. 2007, 9). Lastensuojelun ja psykiatrian yhteinen tehtävä on selvit-  
tää ja ymmärtää sosiaalisten ja psyykkisten tekijöiden keskinäiset vuorovaiku-  
tussuhteet jokaisen lapsen ja nuoren kohdalla (Kananoja 2010, 9).

Eri toimialojen rajat ovat epäselviä, mikä aiheuttaa palveluiden hajanaisuutta.  
Lastensuojelun ja lastenpsykiatrian välillä kulkeva rajapinta on erittäin laaja ja  
epäselvä. (Turun AMK 2009, 3.) Milloin lapsi tai nuori kuuluu psykiatrian  
hoitoon ja milloin riittää esimerkiksi pelkkä perhetyö? Pahimmissa tapauksissa  
lasta lähetetään eri hoitomuodosta toiseen tai siirrellään eri organisaatioiden  
välillä. Joskus saattaa käydä niin, että mikään tarjotuista hoitomuodoista ei lo-  
pulta toteudu. Monet organisaatiot ovat jo pyrkineet ottamaan moniammatil-  
lisuuden mukaan toimintaansa, mutta työ ei kuitenkaan ole ollut yhteistyötä,  
vaan työtä on tehty erillään. (Turun yliopisto 2009.) Toiminta ei suju monia-  
matillisen työn haasteiden mukaisesti, jos vain alkaa nimittää sitä moniam-  
matilliseksi yhteistyöksi. Puhe eri ammattien välisestä yhteistyöstä ei saisi jäädä  
ideologisen puheen tasolle. (Isoherranen 2005, 134.) Moniammatillinen yh-  
teistyö ja palveluiden kokonaisvaltainen tarkastelu toisivat hyvän lähtökohdan  
lastensuojelun ja psykiatrian rajojen selvenemiselle. (Turun AMK 2009, 2.)

Tärkeää lastensuojelun ja psykiatrian työssä on keskittyä näiden ammatti-  
kuntien rajojen sijaan nuorten kokonaisvaltaiseen auttamiseen ja hyvinvoin-  
tiin. Tällä hetkellä lastensuojelun ja psykiatrian ammattilaiset tuntuvat tietä-  
vän melko vähän toistensa työkuvista, -menetelmistä ja hoitomuodoista, joita  
lainsäädäntö mahdollistaa. (Vermas 2010, 26.) Yhteistyötä lastensuojelun ja  
psykiatrian rajapinnoilla tulisi kehittää sujuvammaksi keskustelua ja tiedon-  
siirtoa lisäämällä eri ammattikuntien välillä, sillä tämä on rajoja ylittävän työn  
edellytys (Kananoja 2010, 11; Vermas 2010, 26). Tällä hetkellä näyttää siltä,  
että yhteistyön rakenteissa on heikot mahdollisuudet organisaatioiden kanssa-  
käymiseen (Vermas 2010, 26).

Lastensuojelun tai psykiatrian piiriin tullessa nuori tulisi ottaa vastaan tapaus-  
kohtaisesti, sillä koskaan ei voi olla täysin varma, mikä on tilannekohtaisesti  
parasta, oikeutettua ja tehokkainta (Raitakari & Virokannas 2009, 7). Nuo-  
ren tilannetta tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti, raja-alueen keskinäisessä  
ymmärryksessä ja vuorovaikutuksessa, eikä ammatillisten reviirien kautta (Ka-  
nanoja 2010, 15). Ammatialojen yhteinen käsitys nuoren tarpeista ja voima-  
varoista vähentää virhetulkintojen määrää tilannetta ja hoidon tarvetta arvi-  
oidessa (Kananoja 2010, 15; Pekkarinen 2011, 37). Jotta nuori saa parhaan

mahdollisen avun, tarvitaan alojen yhteinen näkemys siitä, minkälaisen kokemus- ja kasvuympäristön nuori tarvitsee (Kanaoja 2010, 9).

Lastensuojelun ja psykiatrian monialaista, rajoja rikkovaa työtä vaikeuttavat monet eri asiat. Näiden alojen asiakasnuorten lähestyminen vaatii eettisten kysymysten pohdintaa, sillä esimerkiksi lupaprosessien hankinta on monimutkaista (Pekkarinen 2011, 38). Myös rajalliset resurssit ja aika vaikeuttavat yhteistyötä, sillä eri organisaatioiden työntekijöiden aikatauluja voi olla hankala sovittaa yhteen. Resurssit vaikuttavat kaiken kaikkiaan voimakkaasti kaikkiin niihin toimiin ja keinoihin, joita kaksoisasiakkuuksien kohdalla käytetään. (Verma 2010, 25.) Vaikka tällä hetkellä lastensuojelun ja -psykiatrian rajoilla tehtävä työ on vasta alkutekijöissään, niin monialaisen yhteistyön kehittäminen on erittäin tärkeää nuorten hyvinvoinnin ja palveluiden kehittämisen kannalta. Rajapintatyöskentelystä voi syntyä jotain uutta luovaa ja positiivista synergiaa (Pekkarinen 2011, 37).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin nuorten kokemuksia lastensuojelun ja psykiatrian palveluista ja niiden välisestä yhteistyöstä. Nuoret pääsivät turvallisesti tutkiskelemaan palvelupolkujaan. Elämänjanan teko sekä aarrekartta olivat onnistuneita menetelmiä nuorten mukaan saamiseksi. Näiden menetelmien avulla saimme kattavaa aineistoa, jonka pohjalta saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Olennaista oli tieto siitä, millaisia niin hyviä kuin huonojakin kokemuksia ja ajatuksia lastensuojelun ja psykiatrian palvelut olivat nuorissa herättäneet, mitä keskeisiä ongelmakohtia niistä nousi esille ja millaisia kehityshetkiä nuorilla olisi esittää palveluiden parantamiseksi.

Koska nuorten näkökulmaa palveluiden sujumisesta on tutkittu hyvin vähän, on tutkimuksen tärkeä lisä kohti asiakaslähtöisempää työsuuntaa. Lastensuojelun ja psykiatrian välisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää tavoitteellisemmalle ja sujuvammalle asiakastyölle. Jopa asiakkaina olevat nuoret tiedostavat näiden kahden sektorin välisen yhteistyön puutteellisuuden, koska se on heijastunut heidän saamiensa palvelujen laatuun. Osa nuorista ilmaisi tuntevansa kunniaa siitä, että sai osallistua tähän tutkimukseen ja päästä näin vaikuttamaan asioihin muidenkin kaltaistensa nuorten puolesta. Nuorethan ovat tärkein asiakasryhmä, jonka hyvinvointiin tämän tutkimuksen tuloksilla pyritään vaikuttamaan, ja voidaankin todeta, että jokainen on asiantuntija omassa asiassaan. Tämän vuoksi on ollut merkittävää kysyä nuorilta, miten he asiat kokevat.



Tutkimuksen keskeisimpinä tuloksina pidämme sitä, että useat nuoret kokivat molempien sektoreiden palvelupolut tarpeellisiksi ja niiden mahdollistaneen tämänhetkisen paremman elämäntilanteen. Näiden tahojen välinen yhteistyö ei kuitenkaan ole tarpeeksi sujuvaa nuoren kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Palvelutyössä kohtaamiset ovat ensiarvoisen tärkeitä. Usein lastensuojelun ja psykiatrian asiakkuuksia leimaa jonkin asteinen hädän tunne, jolloin on merkittävää, miten kohtaamme asiakkaat. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta lastensuojelulla ja -psykiatrialla olevan tärkeä merkitys yksittäisen nuoren elämään. Toivomme tutkimuksen tuloksilla olevan positiivisia vaikutuksia palveluiden kehittämiseksi.

Opinnäytetyöllä olemme halunneet omalta osaltamme osallistua lasten ja nuorten hyvinvointipalvelujen parantamiseen antamalla heille mahdollisuuden tuoda oman äänensä kuuluviin. Lapset ja nuoret rakentavat tulevaisuuttaan tänä päivänä tehdyistä ratkaisuista sekä heille luoduista mahdollisuuksista. Terve ja hyvinvoiva lapsuus ja nuoruus merkitsevät tervettä ja hyvinvoivaa aikuisuutta. Tarjoamalla lastenkodissa asuville nuorille tilaisuuden kertoa omat elämäntarinansa ja siihen liittyneet kokemukset mahdollistimme heille myös väylän päästä mukaan vaikuttamaan lastensuojelun ja psykiatrian palveluiden kehittämiseen.

## LÄHTEET

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.

Almqvist, F. 2004. Yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 77–84.

Chamberlayne, P., Bornat, J. & Wengraft, T. 2000. The Turn to Biographical Methods in Social Science. Comparative issues and examples. London: Routledge.

Dunderfelt, T. 1997. Elämäkaaripsykologia: lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. Helsinki: WSOY.

Erkkilä, R. 2006. Narratiivinen kokemuksen tutkimus: Koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys- tulkinta- ymmärtäminen. 2. painos. Helsinki: Dialogia Oy, 195–226.

Harju, K. 1999. Valmiina muutokseen: aarrekartan avulla kohti uutta. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H. 2010. Narratiivinen tutkimus- Todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS- kustannus, 143–159.

Hänninen, V. 1999. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1., painos. Helsinki: Wsoy.

Kananoja, A. 2010. Psykiatrian ja lastensuojelun raja- ja risteysalue sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. Viitattu 1.11.2011 [www.ppt2txt.com/r/c5d4101f/](http://www.ppt2txt.com/r/c5d4101f/).

Karvonen, S.; Moisio, P. & Simpura, J. 2009. Suomalaisen hyvinvointi ja elinolot 2000-luvulla. Teoksessa Ahlström, S.; Karvonen, S. & Lammi-Taskula, J. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa myös <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e6f5676-9ccf-4490-8496-45c7b3acce5f>, 20–37.

Kuure, T, Pietiläinen, V & Tarvainen, T. 2007. Esipuhe. Teoksessa Kuure, T; Pietiläinen, V & Tarvainen, T. (toim.) Nuoret eivät odota. Palvelurakenteen muutos nyt. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 9–10. Saatavissa myös [pre20090115.stm.fi/hu1197372901721/passthru.pdf](http://pre20090115.stm.fi/hu1197372901721/passthru.pdf).

Kekkonen, M. 2005. Vanhemmuuden etsimässä ja tukemassa. Lapsiperheiden peruspalveluiden kehittäminen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Laakso, R. 2009. Arjen rutiinit ja yllätykset – etnografia lastenkotityöstä. Viitattu 1.11.2011 <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7808-6.pdf>.

Lapsen oikeuksien sopimus. 1989. Yhdistyneiden Kansakuntien lapsen oikeuksien yleissopimus. Viitattu 18.10.2011 [http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS\\_A5fi.pdf](http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf).

Maaseudun sivistysliitto 2011. Aarrekartta. Viitattu 13.10.2011 <http://www.msl.fi/index.php?pid=83&cid=101>.

Mikkola, M. 2005. Lastensuojelu ja eurooppalaiset ihmisoikeudet. Teoksessa Puonti, A., Saarnio, T. & Hujala, A. (toim.) Lastensuojelu tänään. 2., painos. Helsinki: Tammi, 61–76.

Muukkonen, T. & Tulensalo, H. 2004. Kohtaavaa lastensuojelua. Lapsikeskeisen lastensuojelun sosiaalityön tilannearvion käsikirja. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Viitattu 2.11.2011 Saatavissa myös [www.socca.fi/aineistot/Lapsilahtoisien\\_tilannearvion\\_kasikirja.pdf](http://www.socca.fi/aineistot/Lapsilahtoisien_tilannearvion_kasikirja.pdf).

Ojala, U. 2011. Opas lasten haastattelijoille ja kuvaajille. Viitattu 1.9.2011 [http://www.lskl.fi/files/608/Opas\\_lasten\\_haastattelijoille\\_ja\\_kuvaajille.pdf](http://www.lskl.fi/files/608/Opas_lasten_haastattelijoille_ja_kuvaajille.pdf).

Pekkarinen, E. 2011. Lastensuojelun tieto ja tutkimus – asiantuntijoiden näkökulma. Viitattu 1.11.2011 [www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/lastensuojeluntieto.pdf](http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/lastensuojeluntieto.pdf).

Puustinen-Korhonen, A. & Pösö, T. 2010. Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin? Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta. Viitattu 4.11.2011 [http://www.lapsiasia.fi/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=52437&folderId=101063&name=DLFE-11510.pdf](http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?p_l_id=52437&folderId=101063&name=DLFE-11510.pdf).

Raijas, A. 2008. Arjen hyvinvointi ja mahdollisuudet sen mittaamiseen. Viitattu 29.9.2011 [http://www.ncrc.fi/files/5157/2008\\_110\\_tyoseloste\\_hyvinvointi.pdf](http://www.ncrc.fi/files/5157/2008_110_tyoseloste_hyvinvointi.pdf).

Raitakari, S & Virokannas, E. 2009. Yhteisiä teemoja etsimässä. Teoksessa Raitakari, S. & Virokannas, E. (toim.) Nuorisotyön ja sosiaalityön jaetut kentät. Puheenvuoroja asiantuntijuudesta, käytännöistä ja kohtaamisista. Helsinki: nuorisotutkimusseura, 5-18.

Räsänen, E. & Tamminen, T. 2004. Ehkäisevän työn menetelmiä. Teoksessa Almqvist, F.; Kumpulainen, K.; Moilanen, I.; Piha, J.; Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 375–377.

Sharpe, A. & Smith, J. 2005. Measuring the Impact of Research on Well-being: A Survey of Indicators of Well-being. Viitattu 1.11.2011 <http://www.csls.ca/reports/csls2005-02.pdf>.

Sutinen, J. 2011. Selfstory- Elämäntarinamenetelmä eheän tarinan rakentamiseen lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Teoksessa Kuukasjärvi, A.; Linnossuo, O. & Sutinen, J. (toim.) Taidetyöskentelu arjen näyttämöillä. Teoriaa, menetelmiä ja sovelluksia. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu, 121–130.

Syrjälä, L. 2010. Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 3., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS- kustannus, 247–261.

Turun ammattikorkeakoulu. 2009. Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintatutkimus: Projektisuunnitelma. Viitattu 1.9.2011 Julkaisematon lähde.

Turun yliopisto. 2009. Moniammatillisuus sosiaalityön haasteena. Viitattu 24.10.2011 <http://www.soc.utu.fi/laitokset/sosiaalipolitiikka/sostutkpaivat2009/index.html>.

Vermas, E. 2010. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden ja lastenpsykiatrian poliklinikan yhteistyö. Viitattu 1.11.2011 [www.socca.fi/files/716/K5\\_Tutkimusraportti\\_Eeva\\_Vermas.pdf](http://www.socca.fi/files/716/K5_Tutkimusraportti_Eeva_Vermas.pdf).

Ylijoki, A. 2002. Lapsen, perheen ja omahoitajan yhteistyösuhde lastenpsykiatrisella osastolla. Tampere: Pro gradu –tutkielma.

# SILLAN RAKENNUSTA LASTENUOJELULAITOSTEN JA NUORISOPSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON VÄLILLE SATAKUNNASSA

*Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu*

## JOHDANTO

Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian yksikössä on lastensuojelun ja psykiatrian raja- tai yhteyspintatyöskentely syntynyt yhteisestä tarpeesta. Nuorisopsykiatrian poliklinikalle alkoi ohjautua hoitoon enenevästi nuoria, jotka asuivat lastensuojelulaitoksissa. Kun sama nuori sai tukea kahdelta eri toimijalta, alkoi yhteisen tekemisen vaatimus näkyä nuoren kannalta välttämättömänä. Lastensuojelulaitoksessa työntekijät näkevät nuoren toimintakyvyn arjessa. He näkevät sen, kuinka nuori tulee toimeen ikäistensä kanssa yhteisössä ja toisaalta myös laitoksen aikuisten kanssa. Nämä tiedot ovat tärkeitä nuorta hoitavalle työntekijälle. Nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijä voi taas ammattitaitoaan hyödyntäen välittää lastensuojelulaitokseen ymmärrystään nuoren oireilusta ja antaa vinkkejä siihen suhtautumisesta. Yhteinen tekeminen on osoittanut sen, että nuorisopsykiatrisella osaamisella ja toisaalta sosiaalihuollon lastensuojelutyön osaamisella on annettavaa toinen toisilleen ja sitä kautta palvelujen käyttäjille.

Lastensuojelulaki muistuttaa ehkäisevää lastensuojelua, lapselle annettavaa erityistä tukea, primaaripreventiota, tapahtuvan monipuolisesti kunnan eri palveluissa: äitiys- ja lastenneuvolassa, päivähoidossa, opetuksessa ja nuorisotyössä sekä myös terveydenhoidossa. Vastuu lastensuojelutyöstä ei ole pelkästään sosiaalitoimen harteilla, vaan laaja-alaisesti lasten ja nuorten kanssa työskentelevillä.

Lastensuojelulaki asettaa terveydenhuollolle tärkeitä velvoitteita. Terveydenhuollon työntekijöillä on velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus, jos omassa työssä tapaa alaikäisen, jonka lastensuojelun tarve tulisi selvittää. Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lastensuojelutyössä asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluja. Asiantuntija-apua annetaan, kun lastensuojelutyöntekijät sitä pyytävät. Hoito- ja terapiapalvelut tarjotaan psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvion perusteella. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittämiseen liittyvät palvelut on järjestettävä kiireellisenä.

Lastensuojelun asiakkaana olevalle nuorelle tehdään asiakassuunnitelma. Jos nuorella on psykiatrisen hoidon tarve, niin mielenterveystyön ammattilaiset ovat mukana tätä suunnitelmaa tehtäessä.

Tässä artikkelissa keskitytään satakuntalaiseen nuorisopsykiatrian ja sijaishuollon väliseen vuoropuheluun ja nuorten mielenterveyshäiriöiden sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Tutkimusten perusteella tiedetään, että lastensuojelulaitoksissa asuvilla nuorilla mielenterveysongelmat ovat hyvin tavallisia (Lehto-Salo ym. 2002). Nämä nuoret ovat usein psykiatrisen hoidon tarpeessa. Toisaalta turvallinen ja tavallinen arkielämä laitoksessa on näiden nuorten hyvää mielenterveyshoitoa, mitä mikään kallis ja hieno terapia ei voi korvata. Koska nämä nuoren eri tukimuodot muodostavat kokonaisuuden, on luontevaa, että niitä toteutetaan yhteisten pelisääntöjen mukaan.

## Sijaishuolto

Lastensuojelutyössä sijaishuollon järjestäminen on äärikeino. Huostaanotto on yksilöllisesti merkittävä tapahtuma, minkä vaikutukset ulottuvat pitkälle aikuisuuteen tai jopa vanhuuteen (Puustinen-Korhonen ym. 2010). Huostaanottotilanteessa alaikäisen tilanne on vakava, ja lapsen kehitys ja kasvu on uhattuna. Tällöin sijaishuolto nähdään lapsen edun mukaiseksi. Suomessa kodin ulkopuolelle joutuneiden lasten ja nuorten määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien 2–5 % vuosittain (Lastensuojelu 2008 THL). Erityisesti yli 16-vuotiaiden nuorten sijaishuolto on lisääntynyt, ja poikia sijaishuoltopaikoissa on enemmän kuin tyttöjä (Pylkkänen ym. 2010).

Vuonna 2008 yli 16 000 lasta ja nuorta oli sijaishuollossa kodin ulkopuolella ([www.stakes.fi/tilastot](http://www.stakes.fi/tilastot)). Pieniä lapsia sijoitetaan tavallisesti perheisiin, kun taas nuoruusikäiset sijoitetaan useimmiten laitoksiin (Hiitola 2008). Nuoruusikäisten sijaishuoltopaikat ovat usein kaukana nuorten kotipaikkakunnilta yksityisten palvelujentuottajien ylläpitämissä lastensuojelulaitoksissa (Pylkkänen 2003). Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä lastensuojelulaitoksissa olevilla nuorilla (Sourander ym. 1997, Laaksonen ym. 2000, Saarelainen ym. 2001, Lehto-Salo ym. 2002, Saarelainen ym. 2002, Anttonen 2003, Haapasalo-Pesu 2010). Suuri osa heistä tarvitsee nuorisopsykiatrista hoitoa. Sijaishuoltopaikkojen nuorten tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat käytös- ja päihdehäiriöt; yleisiä ovat myös depressiot, ja osa heistä kärsii myös psykoottisista häiriöistä (Lehto-Salo ym. 2009).

Suomessa pienten yksityisten laitosten määrä on suuri. Yksityiset palvelujen tuottajat kattavat 70 % sijaishuollon palveluista (Puustinen-Korhonen ym. 2010). Näin on myös Satakunnassa, missä vuonna 2007 oli 27 yksityistä lastensuojelulaitosta ja niissä 227 laitospaikkaa. Näissä laitoksissa oli sijaishuollossa 155 nuoruusikäistä (13–22 v), ja heistä 85 oli muualta kuin Satakunnasta. Kun nuorisopsykiatrisen yksikön ennestään kuormitetut resurssit eivät kyenneet vastaamaan muualta Suomesta muuttaneiden nuorten hoidon tarpeeseen, Satakunnan sairaanhoitopiiri perusti tätä varten oman uuden polikliinisen työryhmän. Työryhmään nimettiin lääkäri, psykologi ja sairaanhoitaja. Psykologi on lisäkoulutukseltaan nuorisopsykoterapeutti ja sairaanhoitaja perheterapeutti. Työryhmä sai nimekseen Silta-N. Sillan ajateltiin symbolisoivan eri hallinnonalojen ja asiantuntijuuksien yhteistyötä. Toisaalta *Sillan* ensimmäiset kirjaimet ovat yhteisiä sijoitettujen lasten alkukirjaimista, *N* taas viittaa nuoruusikäisiin.

Kun työryhmän ensimmäinen toimintavuosi vuonna 2009 oli takana, nähtiin tarpeelliseksi tehdä kokonaiskartoitus niistä nuorista, jotka olivat Silta-N-työryhmään ohjautuneet. Kaikista nuorista koottiin taulukossa 1 luetellut tiedot.

## TAULUKKO I. Sairauskertomuksista kerätyt tiedot.

1.	sukupuoli
2.	ikä sijoitettaessa
3.	ikä nyt
4.	kotikunta
5.	aiemmat sijoituspaikat
6.	perhetilanne, kun sijoitettiin
7.	aiemmat psykiatriset hoidot
8.	aiemmat lääkehoidot
9.	koulunkäynti ennen sijoitusta
10.	laitos, mistä tulee
11.	nykydiagnoosi
12.	nykyinen hoito
13.	nykyinen koulunkäynti
14.	onko nykyisen hoidon aikana tavattu nuoren vanhempia?
15.	nykyinen lääkehoito

## ENSIMMÄINEN TOIMINTAVUOSI

Ensimmäisen toimintavuoden aikana työryhmään ohjattiin 46 uutta nuorta, jotka oli sijoitettu eri puolilta maata Satakuntaan (54 % muualta sijoitetuista). He asuivat 17 eri lastensuojelulaitoksessa. Työryhmä kävi kaikissa laitoksissa, tapasi laitosten henkilökuntaa ja tutustui niiden toimintatapoihin ja tiloihin.

### Millaisia nuoria ohjattiin hoitoon?

Hoitoon ohjatuista oli tyttöjä 17 ja poikia 29. Sijoitustilanteessa suurin osa nuorista, 31, oli asunut äitinsä luona, 5 isänsä luona ja 7 molempien vanhempiensa kanssa. Lähes kaikilla nuorilla oli kontakti biologisiin vanhempiinsa. Joka kymmenennen nuoren joko äiti tai isä oli kuollut.

Kaikki hoitoon tulleet nuoret oli sijoitettu vähintään sadan kilometrin päähän kodistaan. Varsinais-Suomen kuntien sijoittamia oli 20, Kanta-Hämeestä oli tullut 9, pääkaupunkiseudulta 8, Pirkanmaalta 7 ja Etelä-Pohjanmaalta 2. Pojat oli sijoitettu keskimäärin tyttöjä nuorempina. Tytöistä 4 oli sijoitettu lapsuusiässä alle 13-vuotiaana, ja varhaisnuoruudessa 13- tai 14-vuotiaana oli sijoitettu 9 nuorta. Pojista 12 oli sijoitettu lapsuusiässä. Nyt tytöt olivat keskimäärin 14.9- ja pojat 15.8-vuotiaita.

Suoraan nykyiseen laitokseen oli sijoitettu 9 tytöistä ja 11 pojista. Ennen nykyistä asuinpaikkaansa 57 % nuorista oli asunut sijoitusperheissä, vastaanotto-kodeissa, pienryhmäkodeissa tai toisissa laitoksissa. Kouluongelmia oli ennen sijoitusta ollut 33:lla. Laitoksesta käsin koulunkäynti yleensä onnistui. Joka kymmenennen nuoren biologiset vanhemmat tavattiin.

## Psykiatrinen hoito

Hoidossa olevien nuorten nykydiagnoosit (päädiagnoosit) on kuvattu taulukossa 2.

**TAULUKKO 2.** *Hoidossa olleiden nuorten diagnosoiryhmät (päädiagnoosit).*

	Tytöt (n=17)	Pojat (n=29)
F00-F09 Elimelliset aivo-oireyhtymät	-	-
F10-F19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	-	-
F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	1	2
F30-F39 Mielialahäiriöt	3	3
F40-F49 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	3	
F50-F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymishäiriöt	-	-
F60-F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt	1	1
F70-F79 Älyllinen kehitys-vammaisuus	-	-
F80-F89 Psykkisen kehityksen häiriöt	-	4
F90-F99 Tavallisesti lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	8	16
Z03.2 Tarkkailu epäiltyjen psykkisten- ja käyttäytymishäiriöiden vuoksi	-	3

Suurin osa nuorista kärsi käytöshäiriöistä, mutta viidesosalla nuorista oli hyvin varhain alkaneita vakavia psykiatrisia sairauksia kuten skitsofreniaa tai mielialahäiriöitä. Psykiatrisen hoidon tarve näkyi myös psykiatrisen käytön yleisyytenä. Kymmenen nuorista käytti useampaa kuin yhtä psykiatrisia lääkkeitä. Nykyt lääkehoito on kuvattu taulukossa 3.



### TAULUKKO 3. *Nykyinen lääkehoito – tytöt ja pojat.*

	tytöt	pojat
psykoosilääke	1	4
mielialalääke	2	-
ADHD-lääke	2	1
psykoosilääke+mielialalääke	1	2
psykoosilääke+ADHD-lääke	-	2
psykoosilääke+mielialantasaaaja	2	1
mielialalääke+ADHD-lääke	-	1
psykoosilääke+ mielialalääke+mielialantasaaaja	1	-
lääkitys yhteensä	9	11

Kolmelle hoitoon hakeutuneista tytöistä psykiatrinen hoitokontakti oli ensimmäinen, 8 oli ollut hoidossa jo lapsuusiässä ja 6 oli ohjattu psykiatrian palveluihin nuoruusiässä. Pojista kaikki olivat olleet hoidossa ennen nykyistä hoitokontaktia. Valtaosa, 24, oli ollut hoidossa jo lapsuusiässä.

### Yhteistyö

Kun nuori tulee hoitoon lääkärin läheteellä nuorisopsykiatrian poliklinikalle, sovitaan ensin ns. tutkimusjaksosta. Olennainen osa tutkimusta on saada käyttöön jo nuoresta olemassa oleva tieto: kehitys varhaislapsuudesta alkaen, perhehistoria sekä aikaisemmat tutkimukset ja hoidot. Näitä tietoja nuoren ohella voivat olla antamassa nuoren vanhemmat, muut sukulaiset, sosiaalityöntekijät ja lastensuojelulaitosten henkilökunta. Usein tätä tietoa saadaan hoitosuunnitelmaneuvoittelussa, mutta toisinaan sovitaan erikseen yhteisiä tapaamisia tiedonvaihtamistarkoitusta varten. Tärkeää on saada koottua sairauskertomuksen liitteeksi kaikki aikaisempien hoitojen loppuyhteenvedot (epikriisit) ja psykologiset tutkimukset. Kerätyn tiedon analysointi antaa jo paljon. Tutkimus sisältää yleensä nuoren yksilökäyntejä ja nuoren huoltajien tapaamisen; voidaan myös tarvita psykologin tutkimukset. Tutkimusjakso päättyy hoitosuosituksen antamiseen. Hoitosuositus annetaan hoitoneuvottelussa, johon osallistuu nuoren elämään kuuluvaa verkostoa, myös lastensuojelulaitoksen edustajat.

Hoitosuositus voi sisältää nuoren yksilöpsykoterapian aloituksen. Tällöin sovitaan myös terapeutin ja laitoksen työntekijöiden välinen yhteistyö. Terapiasuhte on luottamuksellinen, eikä kaikki tieto ole yhteistä. On kuitenkin

asioita, joista terapeutin on kerrottava laitosten henkilökunnalle, esimerkiksi itsetuhoisuus. Tämä asia tuodaan nuorelle esille heti hoidon alussa. Joskus terapian kuluessa voi esiin tulla myös muitakin asioita, mitkä vaativat lastensuojeluilmoituksen tekemistä. Tällainen tieto voi olla esimerkiksi nuoren lapsena kokema seksuaalinen hyväksikäyttö, mikä ei ole aikaisemmin tullut ilmi. Hoito jatkuu hoitosuunnitelman mukaan, ja hoitoa ja sen tavoitteiden toteutumista seurataan toistuvissa hoitoneuvotteluissa.

Psykiatrisen hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että sillä on lastensuojelulaitoksen työntekijöiden antama tuki. Käytännössä se voi tarkoittaa nuorten kuljettamista terapiaan. Nuoren on hyvä saada viesti, että terapiaa pidetään tärkeänä. Jos työntekijöillä on keskenään epäluottamusta, tilanne on hyvä puhua selväksi aikuisten kesken. Nuoren kuullen toisen työntekijän tekemisiä ei pidä arvostella tai kyseenalaistaa. Nuori hyöttyy siitä, että työntekijät luottavat toinen toisiinsa – tällöin myös päämäärät ovat yhteiset.

Joskus nuori kieltäytyy yksilöhoidosta; hän ei halua, eikä häntä voisi asia ”vähempää kiinnostaa”. Silloin voi olla perusteltua kuunnella nuorta. Tällöin jäädään odottamaan aikaa, jolloin hänen mielensä olisi valmis terapian aloittamiseen. Päätös saattaa olla pitkällä aikavälillä järkevä ja hyödyllinen, vaikka joskus aikuisilla on kiusaus painostaa nuorta hoitoon, mihin hän ei ole valmis. Tällöin aikuisilla on yleensä hätä nuoresta. Tällaisessa tilanteessa on voitu sopia lastensuojelulaitoksen työntekijöiden ja psykiatrisen työryhmän yhteisistä työnohjauksellisista neuvotteluista joko poliklinikalla tai lastensuojelulaitoksissa. Tällöin työntekijät yhdessä ovat käyneet läpi esimerkiksi nuoren haastavaa käytöstä laitoksessa ja on yhdessä pohdittu menettelytapoja nuoren auttamiseksi. Esimerkiksi, jos on kyseessä nuori, joka rajoittamistilanteissa saa raivokohtauksen, on mietitty ennakkoon toimintatapa vastaisuuden varalle. Jos ”tilanne tulee päälle”, sovitaan jo etukäteen, mikä kenenkin laitoksen työntekijän tehtävä on. Kuka pitää kiinni? Kuka verbaalisesti rauhoittaa? Kuka jälkepäin käy tilanteen läpi nuoren kanssa? Näin toimimalla aikuiset ensin auttavat nuorta rauhoittumaan, mutta tavoitteena on, että vastaisuudessa pitkän ajan kuluessa nuori oppii itse hillitsemään itsensä.

Sijaishuoltopaikka on nuoren koti, mutta myös oireilevan nuoren laitoshuoltopaikka (Marttunen ym. 2004). Lastensuojelulaitosten henkilökunnan koulutuksessa painottuu sosiaalipuolen osaaminen, koska nuoret ovat ensisijassa kasvatuksen ja ohjauksen tarpeessa. Näin ollen nuoren psykiatrisen oireilu voi olla hämmentävää ja joskus pelottavaakin. Nuorten psyykelääkehoidosta vas-

taaminen on myös laitosten arkea. Psykelääkkeet herättävät usein monenlaisia kysymyksiä. Niitä kohtaan voi olla vahvojakin tunteita ja erilaisia asenteita. Joku laitos on saattanut valita ihanteekseen lääkkeettömyyden. On kuitenkin todennäköistä, että laitoksessa asuu nuori, jonka psykiatrisen häiriön asianmukainen lääketieteellinen hoito vaatii myös lääkehoidon. Tällöin hoidon toteutuksen onnistuminen voi paljonkin olla kiinni laitoksen henkilökunnasta. Nuori on herkkä aistimaan aikuisten mielipiteitä. Hän ”haistaa” sen, jos lääkkeen antaja oikeasti vastustaa lääkettä tai kyseenalaistaa sen tarpeellisuuden. Toisaalta tiukassa kasvatustilanteessa ohjaajalle voi herätä toive ”kasvatuspille-ristä”, mikä ojentaisi ”pahatapaisen” ja ”tukkisi rääväsuisen suun”.

Näissä tilanteissa psykiatrisen tiedon välittäminen (psykoedukaatio) kasvatuksen ammattilaiselle on olennaista. Tieto avaa ymmärrystä ja hälventää ennakkoluuloja. Lääkehoidon hyödyn arvioinnissa lastensuojelulaitoksen henkilökunnan havainnot ovat tarpeellisia ja tärkeitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan liittyen (Kaste 2008–2011) nuorisopsykiatrisen yksikön työntekijät järjestivät luentosarjan perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstölle nuorten psykiatrisista häiriöistä ja niiden hoidosta. Tähän luentosarjaan kutsuttiin erikseen myös lastensuojelulaitosten henkilökuntaa, ja luennoille osallistui useiden laitosten henkilökuntaa. Psykiatrisen tieto palautteissa koettiin hyödylliseksi ja luennot antoivat myös yhteisen keskustelumahdollisuuden.

## MITÄ ON OPITTU? MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Tälle uudelle perustetulle polikliiniselle työryhmälle oli tilaus. Tutkimustiedon valossa oli jo käsitys siitä, että monet laitosnuoret kärsivät psyykkisistä häiriöistä. Nämä nuoret tarvitsevat niin laitoksen arjen kuin psykiatrisen hoidon kasvunsa tueksi – ei toista ilman toista. Työryhmä on vastannut nuorten hoidon tarpeeseen, mutta lisäksi laitosten henkilökunnalla on ollut monenlaista tuen ja työnohjauksen tarvetta. Hyödylliseksi on koettu se, että on tehty työtä samaan aikaan samassa paikassa. Tällöin voi oppia toinen toiselta ja oppia myös ”yhteistä kieltä”. Hyvää on ollut myös se, että puolin ja toisin on nopean puhelinkonsultaation mahdollisuus. Se, että työntekijät tuntevat toisiaan, helpottaa yhteydenottoja ja auttaa näin kaikkia pysymään ajan tasalla nuoren asioissa.

Kaikki nuoret eivät motivoitu eivätkä hyödy perinteisistä keskusteluhoidoista. Näitä nuoria on voitu ohjata yksikön toiminnallisiin ja luoviin hoitomuotoihin. Nuoria on ohjattu myös Kelan tarjoamaan kuntoutuspsykoterapiaan. Oman haasteensa on tuonut se, että nuorten vanhemmat ovat kaukana. Lastensuojelulain henki on se, että sijoitetun lapsen ja nuoren vanhempien kanssa olisi työskenneltävä. Kun nuoret lähetetään kauaksi kotoaan, on riski, että lopulta mikään taho ei työskentele riittävästi nuoren vanhempien kanssa.

Monen nuoren ensimmäinen sijoituspaikka ei ole ollut pysyvä ja pitkäaikainen. Joskus ensimmäinen sijoituspaikka on alun perin ajateltu lyhytaikaiseksi. Usein käy kuitenkin niin, että nuori sijoitetaan liian kevyesti resursoituun laitokseen. Kun nuori oireilee, eivät työntekijät selviä hänen kanssaan, ja joudutaan tilanteeseen, että nuori joudutaan siirtymään häntä tukevampaan paikkaan. Tämä ei voi olla nuoren etu.

Lastensuojelulain mukaan vuoden 2012 alusta lapsen ja nuoren ensisijainen sijoituspaikka tulisi olla sijaisperheessä. Sijaishuoltoapaikan valinnassa korostuvat entistä enemmän nuoren tarpeet. Sijaishuoltoapaikan löytyminen on monesti perustunut sattumaan (Puustinen-Korhonen ym. 2010). Tarjolla olevat sijoituspaikat ovat määrittäneet nuoren sijoituspaikan valintaa enemmän kuin nuoren tarpeet.

Sijoitustarvetta arvioitaessa olisi välttämätöntä arvioida myös nuoren psyykkinen tila. Joskus nuori ei ole menestynyt sijaishuoltoapaikassa, koska nuoren etu olisi ollut päästä nuorisopsykiatriseen osastohoitoon. Ehkä sijoitukselta olisi kokonaan välttytty. Joskus taas riittävän varhainen sijoitus olisi voinut säästää nuoren pitkäaikaisilta psykiatrisilta hoidoilta. Koska turvattomuus ja kasvatukselliset asiat liittyvät kiinteästi nuoren hyvinvointiin ja psykiatriseen oireiluun, on sosiaalityötä tekevien ja mielenterveystyötä tekevien yhteistyö kaikkien etu.

Olen leikkinyt ajatuksella sosiaalipsykiatrisen poliklinikan perustamisesta nuorille. Työryhmään tulisi nykyisen kokoonpanon vahvistukseksi sosiaalityöntekijä, jolla olisi vankka lastensuojelun osaaminen. Hän tuntisi myös lainsäädäntöön liittyvät ja taloudelliset tukimuodot. Työryhmän toimintatapa olisi vielä nykyistä konsultatiivisempi, ja se olisi mukana paikallisesti jo huostaanottoja suunniteltaessa ja sijaishuoltoa mietittäessä. Sosiaalityöntekijä olisi erinomainen yhteydenpitäjä sijoittajakuntien sosiaalityöntekijöihin, joiden kuuleminen jää herkästi liian vähäiseksi.

Olen kaivannut lastensuojelutehtäviin myös uutta ammattikuntaa, joiden osaamisalue olisi sopiva kombinaatio nykyisen psykiatrisen sairaanhoitajan ja sosionomin opinnoista. Tällainen ammattilainen omaisi hyvät perustiedot kehityopsykologiasta ja mielenterveyshäiriöistä sekä niiden tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Hänellä olisi myös sosiaalityöntekijöiden monialaista osaamista. Arvelen, että tällainen uusi ammattilainen olisi lastensuojelulaitoksissa paikallaan. Uskon, että näiden monialaosajien myötä lastensuojelulaitosten työntekijöiden työn hallinnan tunne lisääntyisi, ja se heijastuisi tällöin myös nuoriin.

Puhuisimmeko tällöin vaikkapa psykonomien ammattikunnasta?

## LÄHDELUETTELO

Anttonen S. 2003. Sijoitettu lapsi/nuori – vailla tarvitsemaansa psykiatrista hoitoa. Selvitys sosiaalitoimen sijoittamien lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tarpeesta Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro 33. 2003, 2–3.

Haapasalo-Pesu K-M. 2010. Sijaishuollossa oleville nuorille oma psykiatrisen poliklinikka. Suomen Lääkärilehti 49/2010, 4112–3.

Hiitola J. 2008. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Stakesin työpapereita 21/2008, 3.

Laaksonen P. Alho A. & Luotoniemi M. 2000. Nuorten mielenterveyspalvelujen selvitys. Stakes 6/2000, 12.

Lastensuojelu 2008 THL. Tilastoraportti 19/2009, Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2009.

Lehto-Salo P., Kuuri A., Marttunen M., Mahlanen A., Toivonen V-M., Toivola P., Närhi V., Ahonen T. & Koponen H. 2002. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa. Psykiatrisen ja neuropsykologinen näkökulma. Stakes 16/2002, 21–5.

Lehto-Salo P., Närhi V., Ahonen T. & Marttunen M. 2009. Psychiatric comorbidity more common among adolescent females with CD/ODD than among males. Nordic Journal of Psychiatry 4/2009, 308–15.

Marttunen M., Kataja H., Henttonen A., Hokkanen T. & Ebeling H. 2004. Hyötykö käytöshäiriöinen nuori osastohoidosta? Duodecim 1/2004, 43–9.

Puustinen-Korhonen A. & Pösö T. 2010. Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin? Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2010:3.

Pylkkänen K. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. Nuotta-projektin loppuraportti 2003, 29.

Sosiaali- ja terveydenhuollon selvityksiä 2003:13, 10.

Pylkkänen K. & Marttunen M. 2010. Sijaishuoltonuorten psykiatrisen hoidon tarvetta ei kohdata ajoissa. Suomen Lääkärilehti 49/2010, 4055–4055a.

Saarelainen K. & Levy P. 2001. Leppävaaran alueen 13 - 18-vuotiaiden lastensuojeluasiakkaiden psykiatrisen hoidon tarpeen selvittäminen-projekti 2001, 24.

Saarelainen K. & Meriläinen A. 2002. Jorvin alueen sijaishuollon konsultaatiotyöryhmän perustamisprojekti 2002, 1.

Sourander A., Hukkanen R. & Piha J. 1997. Mental health among children in children's homes and in psychiatric hospital. *Psychiatria Fennica* 1997:183–91.

[www.stakes.fi/tilastot](http://www.stakes.fi/tilastot)

# RAJAPINTATYÖSKENTELYÄ LASTEN- JA NUORISOPSYKIATRIAN JALKAUTUESSA SATAKUNNAN SAIRAAHOITOPIIRIN ALUEELLA

*Kristiina Siirto-Honkanen & Tiina Ilola*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämispäällikkö Jukka Mäkelä pitää ehkäisevää lastensuojelua tulevaisuutemme haasteena. Hänen mukaansa ”suurin, kallein ja tuhoisin ongelma yhteiskunnassamme on lapsen tai nuoren jääminen ilman mahdollisuutta osallistua ja *merkitä*”.

Remontti-hanke toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallista Kaste-ohjelmaa ja siihen osallistuvat kaikki Satakunnan ja Varsinais-Suomen kunnat. Länsi-Suomen Kaste-alueella on tavoitteena lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen vuosina 2008–2012. Tämä tarkoittaa asiakkaan osallisuuden lisäämistä, asiakkaan varhaista tukemista ja ehkäisevän työn sekä palvelurakenteiden kehittämistä.

Rajapinta-pilotit Satakunnan sairaanhoitopiirin nuoriso- ja lastenpsykiatriassa ovat osa Satakunnan ja Varsinais-Suomen yhteistä Remontti-hanketta. Valtakunnallinen Kaste-hanke rahoittaa työn vuosina 2008–2012. Hankkeen tarkoituksena on tuoda palveluita lasten ja nuorten kehitysympäristöön. Rajapinta-pilotissa toimitaan päiväkotien, koulujen, neuvoloiden ja lastensuojelulaitosten kanssa yhteistyössä. Lasten pilotti työskentelee 0–12-vuotiaiden lasten parissa ja nuorten pilotti 13–25-vuotiaiden nuorten kanssa yläkouluissa, toisen asteen oppilaitoksissa sekä ammattikorkeakouluissa. Hankkeessa osallistetaan lapsia, nuoria ja heidän vanhempiaan sekä vastataan arjen todellisiin tarpeisiin.

Rajapintatyöskentelyllä pyritään pilotoimaan palveluja, jotka juurtuisivat pysyviksi toimintamalleiksi eri palveluntuottajien välimaastoon vastaamaan sekä perheen vanhempien että lasten tarpeisiin. Tässä artikkelissa kuvaamme lasten ja nuorten pilottien menetelmiä lastensuojelun asiakkaiden osallistamisessa ja merkittävyyden kokemisessa.

## RAJAPINTOJEN TYÖSKENTELYTAVAT LAINSÄÄDÄNNÖN PUITTEISSA JA KÄYTÄNNÖN KENTÄSSÄ

Rajapinnan toiminnot perustuvat lakeihin. Lastensuojelulaki (2007/417, 10§) velvoittaa ottamaan huomioon lapsen hoidon ja tuen tarpeen, kun vanhemmalle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, kuten päihdehuollon ja mielenterveyspalveluja. Myös päihdehuoltolaki (1986/41, 16§) velvoittaa huomioimaan vanhemman huollossa olevan lapsen hoidon ja tuen tarpeen. Ehkäisevällä lastensuojelulla edistetään ja turvataan lasten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. Tämä ei edellytä perheen tai lapsen lastensuojelun asiakkuutta. Lastensuojelulain säädöksessä (2007/417, 3§, 12§, 14§) korostetaan ehkäisevän lastensuojelun, erityisesti äitiys- ja lastenneuvolan ja muun terveydenhuollon sekä lasten päivähoidon, koulun ja nuorisotyön, roolia ja merkitystä. Ehkäisevä lastensuojelu voi sisältää myös erityisen tuen antamista perheelle tai lapselle ilman, että kysymys olisi vielä lapsi- ja perhekohtaisesta lastensuojelusta (Räty 2007, 20).

Perusopetuslaissa (1998/628, 2 §, 29 §, 31a §, 47 §) tarkoitetun opetuksen tavoitteena on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen sekä antaa heille elämässä tarpeellisia tietoja ja taitoja. Lisäksi opetukseen osallistuvalla on oikeus turvalliseen opiskeluympäristöön. Kunnan tulee laatia opetussuunnitelman yhteydessä suunnitelma oppilaiden suojaamiseksi väkivallalta, kiusaamiselta ja häirinnältä sekä toimeenpanna suunnitelma ja valvoa sen noudattamista ja toteutumista. Oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Perusopetuksen yhteydessä voidaan oppilaille järjestää muuta perusopetusta tukevaa toimintaa, kuten kerhotoimintaa ja muuta opetukseen läheisesti liittyvää toimintaa.

## HOIVAN JA LEIKIN ELEMENTIT LASTEN RAJAPINTATYÖSKENTELYSSÄ

Kiintymyssuhteen häiriöt syntyvät varhaislapsuuden aikana, kun lapsen tarpeet eivät tule huomioiduksi hänen kehitysympäristössään. Vanhemmuuteensa tukea tarvitsevat aikuiset saattavat olla ylisukupolvisesti kykenemättömiä riittävään sensitiivisyyteen lapsensa hoitamisessa. Lapsi tarvitsee vähintään yh-



den kiintymyskohteen, joka tarjoaa hänelle optimaaliset olosuhteet kehittyä tasapainoisesti. Turvallinen kiintymyssuhde tukee lapsen kehitystä monelle alueella, joita ovat fysiologinen ja emotionaalinen säätely, itseluottamus, lanntumattomuus, sosiaaliset taidot suhteessa ikätovereihin, empatia toisia ihmisiä kohtaan, symboliset leikit, ongelmanratkaisu, älyllinen kehitys, viestinnälliset ja kielelliset taidot sekä oman minuuden eheytyminen ja omanarvontunne. Vanhemman ja lapsen välinen leikki palvelee koko lapsuusajan näitä arvokkaita ihmissuhteeseen ja kehitykseen liittyviä tavoitteita, kunhan vanhempi vain osaa tunnistaa sen arvon ja sisällyttää sen arkielämän päivittäisiin rutiineihin. (Hughes 2009, 21.)

Lastenpsykiatrisessa hoidossa hyödynnetään Theraplay-terapiaa, jossa luodaan korjaavia kokemuksia lapsen tunne-elämään. Lasten Rajapinta-pilotissa vietään vuorovaikutustyön menetelmiä lasten kehitysympäristössä työskenteleville neuvolaan, päivähoitoon, kouluun, kouluterveydenhuoltoon, perheneuvolaan ja lastensuojeluun. Yhtenä menetelmistä ovat Theraplayhin perustuvat leikkiryhmät. Pilotin projektityöntekijä on näissä ryhmissä työparina perustason työntekijälle. Ryhmässä voidaan toteuttaa myös videoavusteista vuorovaikutuksen ohjausta (VIG), jonka avulla voidaan auttaa lapsia, vanhempia ja ammattihenkilöitä vuorovaikutustilanteen objektiivisempaan havainnointiin. Videoavusteinen vuorovaikutuksen ohjaus on konkreettinen ja tehokas keino auttaa lasta ja hänen perhettään myönteisten vuorovaikutustaitojen vahvistamisessa ja sosiaalisten taitojen tukemisessa. Ryhmässä lapsia voidaan tukea ryhmätyöskentelyn onnistumisessa; vuoron antaminen ja ottaminen, toisten kuunteleminen sekä omien mielipiteiden ilmaisu ovat perusta rakentavalle keskustelulle ja työskentelylle ryhmässä. (Viinikainen 2008.) Kokonaisvaltaisena tavoitteena on edistää työskentelyä varhaista tukea tarvitsevien lasten ja perheiden kanssa.

Theraplay-terapiassa hoidetaan lapsen kiintymyshäiriötä. Vanhempien mukanaolo terapiassa on tarpeellista. Terapiakäynneillä lapsi ja vanhempi saatetaan yhteyteen kokemuksellisen oppimisen avulla. Terapiassa luodaan lapselle korvaavia kokemuksia hoivasta ja tuodaan yhteistä iloa vanhemmalle ja lapselle. Näin molemmat saavat kokemuksen ainutkertaisuudestaan ja merkittävydestään. Theraplay tunnetaan varsin hyvin lastenpsykiatrisessa hoidossa, lastensuojelulaitoksissa ja myös päivähoitossa, jossa sitä sovelletaan ryhmätheraplayna. Theraplayssa on oleellista, että lapsi saa kokea olevansa ihana ja tuottavansa iloa aikuisille. Hoivakokemus tavoittaa lapsen syvästi. (Rantala 2003.) Vuorovaikutuksen pulmia osataan tunnistaa, mutta ei ole riittävästi paikkoja, missä

perheitä voitaisiin auttaa tehokkaasti. Theraplayta voidaan *sovelletusti* käyttää monenlaisissa oloissa. Terveyskeskuspsykologi Katja Rantala käytti menetelmää aikanaan omassa pienessä työhuoneessaan Helsingin pohjoisen terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa. Huoneessa ei ollut peiliseinää eikä toista terapeuttia.

Lasten Rajapinta-työskentelyssä pilotoidaan Nakkilan lapsiperheiden sosiaalityössä (ennaltaehkäisevä lastensuojelu) ryhmämuotoista vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen kautta toteutuvaa toiminnallista tukea. Kyseessä on erityisesti Nakkilan lapsiperheiden sosiaalityön toiminnallisten ja ryhmämuotoisten menetelmien kehittäminen. Lapsiperheiden sosiaalityön näkökulmasta perheen sisäisen vuorovaikutuksen vahvistamisessa kiintymyspohjaisen leikin menetelmä tulee lapsi-vanhempisuhteen tueksi. Voimavarana menetelmässä on ilo ja leikki, jotka luovat yhteenkuuluvuuden tunnetta. Vanhemman sairastuessa psyykkisesti on tärkeää tukea lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta. On etsittävä konkreettisia keinoja, joita vanhemmat voivat käyttää perheen arjessa tasapainoisen vuorovaikutuksen turvaamiseksi. Tavoitteena on sekä vanhemman että lapsen voimaantuminen, ja myönteisten voimavarojen käyttöönotto perheen vaikeasta elämäntilanteesta huolimatta. Olennainen osa työskentelyä on vanhemman kannustaminen ja motivointi oman lapsen kohtaamiseen.

Työskentely on aloitettu kahden perheen kanssa. Menetelmä perustuu kiintymyssuhdeteoriaan, johon lastensuojelun työntekijät ja projektisuunnittelija ovat perehtyneet sekä teoriassa että käytännössä. Lasten ja nuorten Rajapinta-pilotissa on koulutettu kuntasektorin työntekijöitä ylisektorisesti kiintymyspohjaisen vuorovaikutusleikin toteuttamiseen lapsen toimintaympäristössä.

Nakkilan lastensuojelun työntekijät ohjaavat edellä esitettyjen seikkojen perusteella ryhmään perheet, jotka ovat halukkaita osallistumaan tällaiseen tukeen. Pilotin kanssa yhteistyössä suunnitellut hoiva- ja leikkituokiot alkoivat alkusyksystä 2011 ja jatkuvat vuodelle 2012. Perheiltä on saatu suostumus ja videointilupa prosessiin. Ryhmän tavoitteena on kokoontua vähintään 10 kertaa. Ryhmätuokioiden jälkeen osallistujilla on yhteinen keskusteleva herkuttelehetki. Kun leikkituokiot videoidaan, voidaan niihin palata yhdessä säännöllisin väliajoin prosessin aikana. Vanhemmat saavat työntekijöiltä positiivista palautetta toiminnastaan – pienikin yhteyden rakentuminen lapsen ja vanhemman välillä huomataan.

Tuloksia tullaan arvioimaan yhdessä perheiden ja työntekijöiden kanssa. Tällä hetkellä tuloksia ei ole vielä saatavilla. Kokonaisuudessaan prosessi suun-

nittelusta toteutukseen ja arviointiin vaatii lastensuojelun työntekijältä noin 80 työtuntia. Ryhmän ohjaamiseksi menetelmä vaatii kiintymyssuhdeteorian tuntemuksen, vuorovaikutteisen leikin johdantokoulutuksen ja sitoutumisen prosessiin. Psykologi Katja Rantala (2003) on todennut, että ryhmän ohjaajan tulisi sietää fyysistä läheisyyttä, ja pidättyväiselle ihmiselle tämä voi olla vaikeaa.

Sosiaalitoimen työhön tämä toiminnallinen menetelmä sopii vanhemmuuden vahvistamiseen. Prosessissa autetaan vanhempaa näkemään, mikä saa lapsen reagoimaan positiivisesti. Vanhemmat liittyvät mukaan leikkitalanteisiin. Tavoitteena on, että he oppisivat näkemään lapsensa uusin silmin ja alkaisivat käyttää myönteisiä vuorovaikutusmalleja kielteisten sijaan. Uudet toimintatavat muuntuvat siten käytännöiksi kotioloissakin. (Rantala 2003.)

## VIHA – VÄKIVALTA – AGGRESSIO

Jokainen meistä on joskus vihainen, ja meillä on oikeus tuntea vihaa. Tunteiden hallitseminen taas on taito, jonka jokainen voi oppia. Oppiaksemme hallitsemaan tunteiden aiheuttamia reaktioita meidän tulisi ensin oppia tunnistamaan erilaiset tunteet – tunteiden rakentava ilmaisu vaatii kykyä sietää, tunteistaa ja sanoittaa. Vaikka emme tuntisi vihaa tai hyväksyisi sitä itsessämme, se kanavoituu meistä ulos tavalla tai toisella. Mikäli me emme pysty purkamaan vihaamme, se voi kääntyä sisäänpäin ja ilmetä ahdistuksena tai masennuksena. Vihaa esiintyy niin perheissä, koulussa, työpaikoilla kuin vapaa-ajallakin. Vihaisuuden sopimatonta ilmaisemista kuvataan aggressiivisella käytöksellä, väkivallalla ja raivolla. (Röning 2008, Hirvasnoro 2011.)

Aiemmin on ajateltu, että kyky aggressioon on meissä synnynnäinen ja se on ihmiselle ominainen, lajityyppillinen piirre perimässämme. Nykyisten tutkimusten mukaan aggressio on myös opittu käyttäytymistapa, joka opitaan havainnoinnin, jäljittelyn, suoran kokemuksen ja harjoittelun kautta. Aggressiolla on siis sekä geneettinen että kasvatuksellinen perusta. (Goldstein 2008.)

Rikoksentorjuntaneuvosto on tähdentänyt, että nuorison tekemän väkivallan vähentämiseksi tarvitaan kohdennettuja toimia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Neuvoston toiveena on antaa kouluille lisää mahdollisuuksia käyttää keinoja, joilla voidaan vaikuttaa nuoren asenteisiin ja väkivaltaisiin tapoihin ratkaista ongelmia sekä nuorten keskinäiseen vuorovaikutukseen. ARTia (ART = Aggression Replacement Training, ryhmäharjoitusmenetelmä aggres-

siivisesti käyttäytyville nuorille) voidaan pitää yhtenä tällaisista menetelmistä. (Kostiainen 2010.)

Oikeusministeri Tuija Brax (2010) esitti Nuorisoväkivallan riskitekijät ja ehkäiseminen -seminaarin avauspuheessaan, että tarvitaan toimia, joilla lasten tasapainoista kehitystä voidaan edistää riittävästi ja riittävän varhaisessa vaiheessa. Keskeiset mahdollisuudet ovat sukupolvelta toiselle siirtyvän väkivallan ehkäisyssä ja syrjäytymisen ehkäisyyn tähtäävässä toiminnassa. Tärkeässä asemassa suhteessa lasten ongelmiin ovat opettajat. Salmivallin (2009) mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että Suomessa tapahtuneiden koulusurmien taustalla on lähes kaikissa tapauksissa ollut vertaisryhmästä syrjäytyminen sekä pitkään jatkunut kiusatuksi tuleminen.

## ART-RYHMÄT NUORTEN KANSSA TYÖSKENNELTÄESSÄ

ART-menetelmä on yksi Yhdysvalloissa kehitetyistä menetelmistä oppilaiden aggressiivisen käyttäytymisen hillitsemiseksi ja vähentämiseksi. Menetelmä tähtää toiminnallisten harjoitusten kautta sosiaalisen, hyväksytyyn käyttäytymisen vahvistumiseen. Tavoitteena on, että nuori kehittyy moraalisisessa ajattelussa sekä oppii parempaa vihanhallintaa ja uusia sosiaalisia taitoja tullakseen paremmin toimeen jokapäiväisessä elämässä. Lähtökohtana on ajatus siitä, että sosiaalista yhteisön hyväksymää käyttäytymistä voidaan opettaa ja oppia. ART-ryhmät osallistavat niin ohjaajia kuin nuoriakin. (Goldstein ym. 2008.)

Maassamme koulutus- ja kasvatuserjestelmää pidetään hyvänä Pisa-tutkimusten perusteella. Tutkimus vahvistaa tosin vain sen, että järjestelmämme antaa kaikille oppilaille hyvät älylliset perustaidot. Sen sijaan sosiaalisten taitojen ja emotionaalisen tasapainon kehittämisessä meillä on paljon opittavaa. Koulukiusaaminen ja väkivaltaisuustilastot ovat muuta Länsi-Eurooppaa synkemmät. (Goldstein ym. 2008.)

Yksi nuorten Rajapinta-pilotin toimintamuodoista on ART-toimintamallin vieminen alueen kouluihin ja lastensuojelulaitoksiin koulutuksia järjestämällä ja tarvittaessa työpareina työskentelemällä. ART-menetelmän ottamiselle mukaan Rajapinta-pilottiin on ollut selkeät perusteet. Alueen kouluissa on nousut tarve saada henkilökunnan käyttöön uusia työmenetelmiä, joilla pystytään vaikuttamaan nuorten käyttäytymiseen. Tähän on syynä niin fyysisen kuin henkisen väkivallan lisääntyminen kouluissa.

Vihanhallinnassa vaikutetaan tunnetasoon ja harjoitellaan mm. kiusaamiseen reagointia, vaikeuksien ja tappeluiden välttämistä, neuvottelemista, syytöksen käsittelyä sekä seurausten hyväksymistä. Sosiaalisten taitojen oppiminen vaikuttaa käyttäytymiseen. Tällöin harjoitellaan mm. toisen ihmisen kuuntelemista, keskustelun aloittamista, kiittämistä, itsensä esittelemistä ja kohteliaisuuden sanomista. ART-menetelmä käsittää 50 sosiaalista taitoa, joita voidaan harjoitella. Moraalisen perustelun vaikutukset puolestaan nähdään arvojen ja ajattelun tasolla. Tutkimusten mukaan epäsosiaaliset nuoret pitävät moraalisia arvoja erittäin tärkeinä. Tällaisia arvoja ovat mm. lupauksen pitäminen, totuudessa pysyminen, muiden auttaminen, elämän kunnioittaminen ja lainkuuliaisuus. Harjoitteet ovat suunniteltu ryhmässä tehtäviksi ja ne auttavat silloin, kun nuoren käyttäytyminen on epäsosiaalista, joko liiallisen vetäytyvää tai aggressiivista.

*Rakenteeltaan* harjoitteet ovat strukturoituja siten, että nuorten on helppo keskittyä harjoitteisiin ja oppia uutta. *Mallintamisessa* ohjaajat opettavat uusia taitoja tarjoamalla mallin, josta oppiminen on tehokkaampaa kuin puheella ohjaaminen ja kehottaminen. Erityisesti nuorten on todettu oppivan enemmän siitä, mitä aikuinen tekee kuin siitä, mitä hän sanoo! *Monikanavaisuudella* aggressiota lähestytään ajattelun, toiminnan ja tunteiden kautta. Näin huomioidaan se, että aggressiivisen tai vetäytyvän käyttäytymisen pulmat ovat erilaisia ja yksilöllisiä. *Yksilöllisyydellä* kohdennetaan interventio aina osallistuvaan nuoreen ja nuorten ryhmään sekä heidän tarpeisiinsa. *Kotitehtäviä* ohjaajat miettivät tarkoin ja kannustavat nuoria niiden tekemiseen. Tarkoituksena on taitojen kokeileminen ja siirtyminen ryhmän ulkopuolelle. *Positiivisella vahvistamisella* nuoria palkitaan heidän aktiivisuudestaan, yrittämisestään ja onnistumisistaan. Me kaikki toimimme sen mukaan, minkä koemme palkitsevaksi. Suurimmat palkinnot nuoret saavat arkielämästään saadessaan positiivista palautetta kavereilta, vanhemmilta ja muilta heidän elämänsä tärkeiltä ihmisiltä. Tämä palaute myös vaikuttaa vahvimmin heidän käytöksensä positiiviseen muutokseen. *Itsearvioinnin* avulla nuori oppii arvioimaan sen, miten hyvin hän suoriutui ristiriitatilanteesta ja olisiko hän voinut hoitaa tilanteen paremmin sekä palkitsemaan itsensä silloin, kun on hoitanut tilanteen hyvin. *Realismin* avulla ymmärrämme sen, että aggressiivisen käyttäytymisen ollessa hyvin opittua, sen toiminta-, ajattelu- ja tunnemallien muuttaminen on hidasta vaatien sinnikästä työtä, paljon harjoittelua ja toistoja. (Goldstein 2008.)

Nuorten Rajapinta-pilotti on järjestänyt ART-koulutuksia, joihin on osallistunut henkilökuntaa niin ala- ja yläkouluista kuin ammattiopistoistakin. Lisäksi

mukana on ollut nuorisopsykiatrian työntekijöitä sekä kunnan että seurakunnan nuorisotyöntekijöitä. Yksi koulutuksista suunnattiin alueen lastensuojelulaitosten henkilökunnalle. ART-koulutus mahdollistaa ylisektorisen työskentelyn ART-ryhmien ohjaamisessa. Kuntien ja seurakuntien nuorisotyöntekijät ovat voineet työskennellä koulun henkilökunnan työpareina alueen kouluissa eri asteilla. Satakunnassa ART-ryhmiä ohjataan kouluissa yhdeksän kunnan alueella. Koulutettujen suuri lukumäärä mahdollistaa paremmin mallin hyödyntämisen kouluissa. Kaikkiaan kouluja on mukana lähes 20. Koulujen lisäksi nuorisopsykiatrian osastoilla ja lastensuojelulaitoksissa ohjataan ryhmiä. Osalla koulujen ART-ryhmiin osallistuneista lapsista ja nuorista on myös lastensuojelu taustaa.

Palaute kouluissa pidetyistä ART-ryhmistä on ollut pääsääntöisesti positiivista niin lapsilta, nuorilta kuin ohjaajiltakin. Nuoret ovat kokeneet saaneensa uusia toimintamalleja vihanhallintaan sekä oppineet uusia sosiaalisia taitoja ja saaneet vahvistusta niihin. Myös moraalisen päättelyn harjoitukset ovat nuorista tuntuneet mielekkäiltä ja saaneet heidät ajattelemaan asioita uusista näkökulmista. Alakouluikäisten lasten ART-ryhmissä on hyödynnetty rooliharjoitusten ja keskustelun lisäksi leikin elementtejä. Näin on saatu aikaan ryhmäytymistä, jonka vaikutuksesta voi kiusaaminen lasten keskuudessa vähentyä.

Nuoret ART-ryhmäläiset ovat kokeneet saaneensa apua ongelmiinsa ryhmästä. Seuraavassa on muutamia nuorten palautteita:

*”Että tää on niin sosiaalinen ryhmä”, ”Välillä haasteellisena, mutta mielekkäänä”, ”Olin todella innoissani”, ”Keskustelu”, ”Kaikenlaiset tunteiden ja muiden kyselyt”, ”En ole suuttunut kotona yhtä paljon”, ”Koulussa mennyt paremmin”, ”Ei hermostu pienistä ja isoissa helpompi rauhoittua”, ”En ole joutunut tappeluihin ja muihin haittaaviin asioihin niin paljon kuin ennen”, ”Vähemmän istumisia”, ”Oppi hengittämään syvään”, ”Kun oon suuttunu niin ajattelin arttia ja rauhoitin.”*

*”Uusia ”työkaluja” elämään mm. sosiaalisissa taidoissa sekä vihan hallinnassa”, ”Ryhmä vastannut hyvin odotuksia”, ”Ryhmäläisten kannustus auttanut hyvin”, ”Samanlaista ryhmätoimintaa toivottu lisää”, ”Kokoontumiskertoja toivottu lisää tai ryhmän jatkumista myös kevät lukukaudella”.*

Lasten- ja nuorten tukiyksikkö Konkari-kodissa sekä Viikarissa on myös kehitetty ART-menetelmää. Lastensuojelulaitosten työntekijöiden kommentit ART:sta ovat pääosin myönteisiä, muutamia suoria lainauksia alla.

*Meillä Konkari-kodissa on ART-ryhmien onnistumiseksi varattu rakenteisiin tilaa. Konkariissa pyörii ohjaajien vetämät harrasteryhmät ja jokaisen nuoren on kuuluttava johonkin ryhmään. ART-ryhmä on yksi näistä ryhmistä. Ohjaajina mietimme tarkkaan, kenelle nuorille ehdotamme osallistumista ART-ryhmään, taataksemme ryhmän toimivuuden ja maksimi hyödyn kaikille osallistujille. Meillä on ollut kaksi nuorta, joille on hoitavalta taholta tullut lääkärin suositus osallistumisesta joko Nupon (nuorisopsykiatrian) tai meidän ART-ryhmään.*

*Ohjaajille on varattu aina tunti yhteistä aikaa ennen ja jälkeen ART-istunnon. Aika varataan alkavan ryhmän sisällön suunnitteluun ja yhteenvetoon sekä seuraavan kerran suunnitteluun. Tämä kertoo mielestäni sen, miten suuressa arvossa työpaikkani pitää ART-ryhmän toimintaa työyhteisössämme. Meillä työntekijöistä 4 ohjaa ART-ryhmiä ja menossa on nyt kolmas ryhmä. Yksi ryhmä kokoontuu kaikkiaan 22 kertaa. Olemme tehostaneet työmme kirjaamista, saadaksemme yleiskäsityksen ryhmän etenemisestä, ryhmäläisten kehityksestä ja esille tulevista ongelmista ja onnistumisista.*

*Ryhmän struktuuri pitää huolen siitä, että ohjaaja on 100 % läsnä. Nuorten ohella ohjaaja joutuu ryhmässä heittäytymään mukaan mallintaessaan harjoitteita. Itse mallinnan esimerkkejä omasta elämästäni näin ryhmäläiset pääsevät minua lähemmäksi. Esimerkki: Ryhmässä olevat nuoret ovat osastotilanteissa ”lärppineet” meille kaikesta, eivätkä he ole päästäneet meitä lähelleen. Kohtaamiset ovat olleet enimmäkseen ikäviä, olemme löytäneet heidät ”hatkoilta” ym. Art-ryhmään osallistumisen jälkeen kommentit ovat ohjaajille voineet olla: ”et sä niin hirveä olekkaan mitä olen luullut”. Mielestäni nuori on saanut ryhmän aikana ohjaajista erilaisen käsityksen ja näin ryhmä on palvelut meitä kaikkia. Ilman ART-ryhmää olisi nykyiseen tilanteeseen pääseminen kestänyt paljon kauemmin.*

*Nuorillemme on jo syntynyt ART kulttuuri, entiset ART-ryhmäläiset markkinoivat toisille ryhmää. Ryhmä on koettu sellaiseksi, mitä voi suositella toisille. ART:in hyöty näkyy myös siinä, että toisilleen vieraat nuoret tutustuvat ART:in kautta toisiinsa paremmin. En ole koskaan kuullut kenenkään ryhmäläisen riepotelleen ryhmässä esiin tulleita asioita, tunteita, mokia tai tekemisiä osastolla. Meillä lastensuojelulaitoksessa on oiva mahdollisuus tukea ryhmäläistä jatkamaan ryhmän päätyttyä oppimaansa käytösmallia.*

Merja Vilenius, hoito- ja kasvatustyön ohjaaja, Lasten- ja nuorten tukiyksikkö Konkari

*Meillä Viikari-kodissa on pyörinyt ART-ryhmiä jo keväästä 2010 lähtien kaikkiaan neljä ryhmää. Työntekijöistämme on neljä saanut koulutuksen ART-ryhmien ohjaamiseen. ART:in vaikutuksia nuoriin on vaikea arvioida. Ajattelisin, että ne näkyvät pitkällä tähtäimellä ja vie aikaa ennen kuin uudet käyttäytymismallit löytävät paikkansa nuorten elämässä. Taidot vaativat kypsymistä ja ns. ”ahaa” elämyksiä tulee nuorelle matkanvarrella. Kuitenkin ryhmien vetäminen on tuntunut mielekkäältä ja hyödylliseltä. Jo pelkästään se, että nuoren kanssa tulee käytyä läpi tiettyjä asioita strukturoidussa järjestyksessä ja perusteellisesti. Heidän kanssaan on keskusteltu moraaliiin liittyvistä aiheista ja pysähdytty tärkeiden asioiden äärelle suunnitellusti.*

*Art:in aihealueet eivät ole mitenkään harvinaisia puheenaiheita nuorisokodissa. Art:in merkityksellisyys nousee juuri siitä, että asiat käydään läpi järjestelmällisesti, tiettyä logiikkaa noudattaen ja rauhassa ennakoiden nuoren elämässä syntyviä tilanteita. Art-ryhmä luo nuorelle tilaisuuden tarkastella asioita objektiivisemmasta näkökulmasta suhteessa omaan itseen, toimintaan ja suhtautumiseen eri tilanteissa. Mielestäni Art:in suurin hyöty saadaan silloin, kun malli on sisäistynyt kaikille osaston ohjaajille ja sen mukaan työskennellään kaikkein arkisimmissakin tilanteissa.*

Karoliina Hallenberg, Lasten- ja nuorten tukiyksikkö Viikari

## OSALLISTAVAN MENETELMÄN MAHDOLLISUUDET LASTENSUOJELUN JA LASTENPSYKIATRIAN RAJAPINNASSA

Lasten Rajapinta-pilotissa monet kiintymyspohjaisen vuorovaikutusleikin johdantokoulutuksen käyneistä ovat jatkaneet ryhmätheraplay-koulutukseen, jonka lasten Rajapinta-pilotti organisoii Satakuntaan. Myös Theraplay-koulutuksessa on kasvava määrä satakuntalaisia lastensuojelun ja lastenpsykiatrian työntekijöitä. Tämä mahdollistaa yhteisen menetelmän jakamisen ja antaa yhteisymmärrystä moniammatilliseen työskentelyyn.

Terveystenhuollon, lastensuojelun ja lastenpsykiatrian välistä yhteistyötä tai sen mahdollisuuksia ja rajoitteita ei ole laajasti tutkittu. Eri sektoreita ohjaavat eri lait, jotka kaikki velvoittavat ottamaan huomioon lapsen hoidon ja tuen tarpeen (terveydenhuolto-, mielenterveys-, lastensuojelu- ja päihdehuoltolaiki). Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyö toteutuu muun muassa verkostotapaamisissa. Lapsen ja perheen auttamiseksi tarvitaan toiminnallisia me-



netelmiä, joista organisaatioissa on yhteisymmärrys ja joiden toimivuudesta on näyttöä. Lapsen kehitykselliseen tuen tarpeeseen voidaan vastata lastensuojelun ehkäisevällä sosiaalityöllä ennen kuin lapsi ja nuori jää syrjään tai tarvitaan huostaanottoa. Jokainen siihen yhteydessä pysymään autettu lapsi ja nuori rikastaa yhteiskuntaamme (Mäkelä 2011).

Jos lapsen kehityksestä nousee huoli, johon yksittäisen työntekijän resurssein ei kyetä vastaamaan, voidaan tuen tarve parhaiten arvioida monialaisesti avoimessa dialogissa. Tällöin osallisena ovat perhe sekä terveydenhuollon, lastensuojelun ja lasten- tai nuorisopsykiatrian työntekijät, jotka yhdessä kartoittavat lapsen edun ja hyvinvoinnin kannalta alla olevat seikat.

- 1) Lastensuojelulliset tarpeet
  - Turvallisuus (väkivalta tai sen uhka)
  - Hoivan toimivuus (arjen sujuminen)
- 2) Psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tarve
- 3) Tarpeet kehitykselliseen tukeen
  - Häiriöiden ennaltaehkäisy

Tällaiseen moniammatilliseen työskentelyyn saadaan resurssit käytäntöjä uudistamalla. Myös kolmas sektori ja vanhempainyhdistykset tarvitaan mukaan työskentelyyn. Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksenä nähdään tietous omasta ja toisten rooleista sekä erityisosaamisesta. Rooleista vapautuminen nähdään tiedon ja taitojen jakamisena yhdessä keskustellen (Veijola 2004). Parhaimmillaan yhteistyö on silloin, kun vuorovaikutus, sitoutuminen sekä useiden toimijoiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja yhteinen tavoite näkyvät työskentelyssä. Organisaatorajat ylittävä yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä edistävä tekijä. Vastaavasti esteenä yhteistyön toteutumiselle on palvelujärjestelmän joustamattomuus. Palvelut ovat sektoroituneita, mutta elämä on jakaantumaton kokonaisuus. Organisaatorajat ylittävä moniammatillisuus on tutkimustuloksien (Veijola 2004, Isoherranen 2005) mukaan tukea tarvitsevan lapsen/nuoren ja perheen hoidossa ensiarvoisen tärkeää, koska tällöin löydetään työlle yhteinen tavoite ja yhteinen kieli.

Moniammatillisuus jää usein toteutumatta lapsiperheen palveluja tarjoavien henkilöiden suuren määrän vuoksi, eivätkä työntekijät koe yhteistyön kuuluvan normaaliin toimenkuvaansa lapsiperheiden terveyttä edistävässä toiminnassa. Avoin keskustelu on edellytys ammattiryhmien väliselle yhteistyölle. Se vaatii rohkeutta asioiden esittämiselle ilman ammatillisen reviirin suojelua.

Vuorovaikutustaitoja kuten kuuntelun, kunnioittamisen, läsnäolon ja positii-visuuden esille nostamisen taitoja tulee harjoitella. Tämä on perustana vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoille, joita rakentavassa yhteistyössä tutkimusten mukaan tarvitaan. (Metsämuuronen 2001, Häggmann-Laitila 2002, Veijola 2004.)

Työskentelyssä keskitytään perheen voimavarojen vahvistamiseen ongelmakeskeisyyden sijaan. Veijolan (2004) mukaan eri toimijoita yhdistää jokin yhteinen teema, jolloin toiminta on aktiivista prosessinomaista työskentelyä. Kuvatussa kiintymyssuhdetta tukevassa ryhmätoiminnassa pyritään hyväksi koetulla käytännöllä ehkäisemään lapsen tunne-elämän vaurioitumista, jotta hän voi elää kehitysympäristössään hyvinvoivana.

Syrjäytyminen on seurausta toistuvista kokemuksista siitä, ettei saa tukea ja apua. Tällöin lapsen tai nuoren oma mahdollisuus merkitä jää kokematta. Vuorovaikutusta tukevissa leikkiryhmissä ja ART-ryhmissä osallistujat saavat mahdollisuuden merkitä sekä kokea onnistumista ja hyväksyntää. Syrjäytymisen siirtyessä sukupolvesta toiseen se maksaa liikaa sekä sosiaalisesti että taloudellisesti (Mäkelä 2011).

ART-ryhmät antavat hyvän mahdollisuuden eri sektorien väliseen työskentelyyn niin kouluissa kuin lastensuojelulaitoksissakin. Esimerkkinä tästä voidaan nostaa esiin kunnan tai seurakunnan nuorisotyöntekijän toimiminen työparina koulun ART-ryhmässä. Samanlaista työskentelymuotoa voisi toteuttaa myös lastensuojelulaitoksissa. Tällainen työskentelymalli toisi lisäresursseja ja vaikuttavuutta kaikille tahoille työskentelyssä nuorten kanssa. Myös nuorille se antaisi uudenlaisia näkökulmia ja mallin eri sektorien välisestä yhteistyöstä heidän hyväkseen.

Koulujen tai lastensuojelulaitosten sekä kunnan tai seurakunnan nuorisotyön yhteistyötä ei ole tässä yhteydessä tutkittu. Myöskään ART:n vaikuttavuutta ei ole Suomessa vielä laajemmalti tutkittu. Yhtenä syynä tähän lienee menetelmän ”uutuus” Suomessa. ART-menetelmä rantautui Suomeen vasta vajaa kymmenen vuotta sitten. USA:ssa puolestaan on paljonkin tehty tutkimuksia ART:sta. Myös Ruotsissa ARTin käyttö on huomattavasti laajempaa kuin meillä Suomessa.

## LÄHTEET

Brax, T. 2010. Oikeusministerin avauspuheenvuoro: Nuorisoväkivallan riskitekijät ja nuorisoväkivallan ehkäiseminen -seminaari 18.5.2010. Helsinki.

Goldstein, A. P., Glick, B. & Gibbs, J. C. 2008. ART - Aggression Replacement Training Ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille. Helsinki: Nord Print, Suom. Tiina Röning.

Hirvasnoro, T. 2011. Mieli – Viha kääntyy voimaksi. Hyvä Terveys. Viitattu 18.11.2011. <http://hyvaterveys.fi/artikkelit/Viha-k%C3%A4%C3%A4ntryy-voimaksi/958>.

Hughes, D. 2009. Kiintymyksen vanhemmuus - toimivuutta kasvatukseen. Tampere: PT-kustannus. Suom. Liisa Ritanen.

Häggmann-Laitila, A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämiseksi. Teoksessa Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.-M. & Sirola, K. (toim.) Terveystien edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY, 172–188.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1.painos. Vantaa: WSOY.

Kostiainen, R. 2010. Nuorisoväkivallan ehkäisy aloitettava jo lapsuudessa. Haaste 2/2010. Asian-  
tuntevasti rikoksenteorjunnasta ja kriminaalipolitiikasta. Oikeusministeriö Rikoksenteorjunta-  
neuvosto. Viitattu 18.11.2011 <http://www.haaste.om.fi/Etusivu/Lehtiarkisto/Haaste2010/Haaste22010/1274105695062>.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Viitattu 20.11.2011. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa//2007/20070417>.

Metsämuuronen, J. 2001. Moniammatillisuus tulevaisuuden haasteena. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. International Methelp Ky, 149–152.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 20.11.2011. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa//1990/19901116>.

Mäkelä, J. 2011. Ehkäisevä lastensuojelu nyt ja tulevaisuudessa. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Lastensuojelupäivät 4.10.2011 Helsinki.

Perusopetuslaki 21.8.1998/628. Viitattu 1.2.2011. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa//1998/19980628>.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 20.11.2011. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa//1986/1986041>.

Rantala, K. 2003. Theraplay korjaa kiintymyssuhteen vaurioita. *Psykologi* 7/2003, 12–13.

Räty, T. 2007. Uusi lastensuojelulaki. Helsinki: Edita.

Röning, T. 2008. Luento Nuoren aggressiivinen käyttäytyminen kasvatuksen haasteena. 28.10.2008.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. Viitattu 20.11.2011. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa//2010/20101326>.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittämisen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto. Oulu.

Viinikainen, A. 2008. VIG-koulutuksen järjestämisen prosessikuvaus. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lasten ja nuorten kuntoutussäätiö. 9.4.2010.

# LASTEN MIELENTERVEYS- AMBULANSSI LASTENPSYKIATRIAN TYÖMUOTONA

*Riia Tammisto & Laura Tulensalo*

## TOIMINNAN TAVOITTEET

Lasten mielenterveysambulanssin toiminta aloitettiin syksyllä 2009 valtakunnallisen Kaste-ohjelman Varsinais-Suomen ja Satakunnan Remontti-hankkeen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin pilottina. Mielenterveysambulanssin toiminnalla tarkoitetaan lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työparin jalkautumista ja konsultatiivista tukea lapsen ja perheen paikalliselle työntekijäverkostolle tilanteessa, jolloin lapsen psyykkisestä voinnista on herännyt akuutti huoli. Lasten mielenterveysambulanssin työskentely on paitsi interventiota lapsen ja perheen tilanteeseen sekä arviota lapsen psyykkisestä voinnista, ennen kaikkea interventiota lapsen ja perheen kanssa työskentelevään verkostoon. Mielenterveysambulanssiverkostoja on järjestetty syyskuun 2009 ja joulukuun 2011 välisenä aikana 120 lapsen asioissa yhteensä 185 kertaa.

## ASIAKKUUS

Mielenterveysambulanssin asiakkuus voidaan aloittaa viranomaisyhteydenotolla tai lastenpsykiatrian akuuttityöryhmälle osoitetulla lääkärin läheteellä, jonka kiireellisyysluokituksena on 1–7 päivää. Yleisimpiä huolenaiheita ovat lapsen käyttäytyminen ja selviytyminen kotona, koulussa tai päiväkodissa, masentuneisuus sekä itsetuhoiset ajatukset ja teot. Yhteydenoton tai lähetteen jälkeen lapsen ja hänen perheensä lähityöntekijöistä kootaan verkosto, johon lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työpari osallistuu. Mielenterveysambulanssin verkostoissa ovat aina läsnä myös lapsi ja vanhemmat. Perheen ja paikallisverkoston yhteistyöllä pyritään turvaamaan lapsen ja perheen avunsaanti heidän luonnollisessa elinympäristössään jolloin hoitovastuu säilyy pai-

kallistason työntekijöillä. Mielenterveysambulanssin toiminta on suunnattu 4–12-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen.

## MONIAMMATILLINEN VERKOSTOTYÖ

Lasten mielenterveysambulanssityö on moniammatillista verkostotyötä. Lapsen kehitysympäristöön koottavaan verkostoon kutsutaan yhteydenoton tai lähetteen tehneen tahon lisäksi mm. lapsen arkeen päiväkodissa tai koulussa osallistuvaa henkilökuntaa, usein paikallinen lastensuojelu sekä tarvittaessa myös muut lapsen tai perheenjäsenten hoitokontaktit tai perheen läheiset. Verkostotyöskentely perustuu avoimen dialogin periaatteeseen ja on osa lastenpsykiatriasta tutkimus- ja hoitotyötä. Dialogisella verkostotyöllä pyritään kumppanuuden, turvallisuuden ja jatkuvuuden lisäämiseen perheen ja perhetä auttavien toimijoiden kesken. Lasten mielenterveysambulanssin työparin tehtävänä verkostoissa on olla tukemassa ja auttamassa moniäänisen keskustelun syntymistä. Dialoginen keskustelu edellyttää, että erilaisille näkökulmille on tilaa ja kaikkien verkostoon osallistuvien näkemykset tulevat kuulluiksi.

Lapseen tai perheeseen liittyvästä huolesta ja jatkotyöskentelyn suunnittelusta keskustellaan kaikkien osallisten läsnäollessa, myös lapsen. Kokemus osallisuudesta lisää perheen ja lähityöntekijöiden voimavaroja ja auttaa heitä akuutista tilanteesta selviytymisessä. Tavoitteena on, että verkostoon osallistujien välille alkaisi muodostua suhde, joka mahdollistaisi uutta ymmärrystä synnyttävän puheen. Keskusteluissa pyritään yhdessä ymmärtämään, mikä lapsen, perheen ja verkoston kannalta olisi tarkoituksenmukaista. Avoimeen dialogiin perustuvan työskentelyn kautta sekä perheellä että lähityöntekijöillä on mahdollisuus löytää erilaisia ja vaihtoehtoisia ajatuksia ja toimintatapoja akuutissa tilanteessa.

## ERIKOISSAIRAANHOIDON KONSULTAATIO

Mielenterveysambulanssin toiminnan tavoitteena on pysyvä lastenpsykiatristen hoitoketjujen kääntäminen siten, että jatkossa erikoissairaanhoidon tarjonta ensisijaisesti konsultoivaa apua perustason hoitoverkostoille. Yksittäisen lapsen asioissa verkostotyöskentelyä on jatkettu aina tarpeen mukaan kunnes lapsen ja perheen asioissa on syntynyt riittävän konkreettinen ja turvallinen jatkosuunnitelma. Mielenterveysambulanssin työskentelyn päätyttyä lasten ja

perheiden kanssa ovat tarvittaessa työskennelleet esimerkiksi kuntien perhe-  
neuvolat, sosiaalitoimi tai lastensuojelu sekä lastenpsykiatrian aluepoliklinikat.  
Joidenkin perheiden kohdalla mielenterveysambulanssin moniammatillinen  
verkostotyöskentely on osoittautunut lapsen ja perheen hyvinvointia uhkaa-  
van tilanteen selvittämisen ja eteenpäin pääsemisen kannalta riittäväksi, eikä  
jatkohoitosuunnitelmaa ole enää koettu tarpeelliseksi. Lapsen ja perheen tilan-  
teen vakauttamiseksi pyritään kuitenkin ennalta sopimaan perheen ja perus-  
tason työntekijöiden kesken seurantaverkoston kokoontuminen, johon myös  
mielenterveysambulanssin työpari voi osallistua. Ennen työskentelyn päättymistä  
pyritään myös sopimaan perustason työntekijöiden kesken siitä, keneen  
perhe tai esimerkiksi koulu voivat jatkossa olla yhteydessä, mikäli huoli lapsen  
voinnista kasvaa.

## YKSILÖLLINEN HOITO JA TUKI

Mielenterveysambulanssin toiminnan kautta lastenpsykiatrian akuuttihoitoa  
on pystytty monipuolistamaan ja tarjoamaan perheille heidän tarpeitaan yksilöllisemmin  
vastaavaa tukea. Lasten mielenterveysambulanssin toimintaan  
ovat osallistuneet akuuttityöryhmän työntekijät (2 lääkäriä, 2–3 psykologia,  
sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja) sekä tarvittaessa myös akuuttiosaston hen-  
kilökunta. Koko työryhmän osallistumisella on pyritty tukemaan työtavan  
muokkautumista pysyväksi toiminnaksi. Tarvittaessa lapsen tilanteessa ovat  
olleet käytettävissä myös muut akuuttityöryhmän tarjoamat palvelut, kuten  
esimerkiksi 10–14 päivää kestävä lastenpsykiatrian akuuttiosastohoitojakso.

Mielenterveysambulanssiverkostoista on kerätty palautteet erikseen lapselta,  
vanhemmilta ja työntekijöiltä. Palautteiden avulla pyritään kartoittamaan lap-  
sen ja vanhempien kokemuksia osallisuudestaan verkostossa. Verkostoon osal-  
listuneiden työntekijöiden palautteista puolestaan kartoitetaan heidän koke-  
muksiaan moniammatillisen, perustason työntekijöitä tukemaan pyrkivän työ-  
otteen toteutumisesta yksittäisellä verkostotapaamisella. Alustavan palauttei-  
den tarkastelun perusteella lasten ja vanhempien kokemukset vaikuttaisivat  
pääosin positiivisilta ja perustason työntekijät ovat kokeneet moniammatillisen,  
avoimeen dialogiin perustuvan verkostotyöskentelyn omaa työtään ja moni-  
ammattillisuutta tukeväksi.

Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon jalkautuvaa työtä on perinteisesti  
suunnattu lasten koteihin ja vanhempien tueksi. Mielenterveysambulanssin

kautta tehtävä verkostotyöskentely on mahdollistanut perustason työntekijöiden tukemisen, jota lastenpsykiatrisessa työskentelyssä ei aiemmin ole vastaavalla tavalla pystytty huomioimaan. Pyrittäessä tukemaan lapsen ja perheen hyvinvointia sekä arjen sujuvuutta mahdollisimman yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti perustason eri toimijoiden aktiivinen, uutta ymmärrystä synnyttävä yhteistyö on välttämätöntä. Remontti-hankkeen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin pilottirahoituksen päätyttyä syyskuussa 2012 lasten mielenterveysambulanssin toimintaa on tarkoitus jatkaa pysyvästi lastenpsykiatrian akuutityöryhmän työmuotona.





# KIRJOITTAJAT

## **Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu**

LT (Turun Yliopisto 2004), psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri

Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu on toiminut vuodesta 1990 Satakunnan sairaanhoitopiirissä nuorisopsykiatrian yksikön ylilääkärinä. Hänellä on myös lääkärikouluttajan erityispätevyys. Viime vuosina hän on opettanut nuorisopsykiatriaan erikoistuvia lääkäreitä Satakunnassa Turun Yliopiston kliinisenä opettajana.

## **Mirka-Mari Hytinkoski**

Sosionomi (AMK), Turun ammattikorkeakoulu 2011

Mirka-Mari Hytinkoski työskentelee Turun kaupungin lastensuojelulaitoksessa ohjaajana.

## **Ringa Rantanen**

Sosionomi (AMK), Turun ammattikorkeakoulu 2011

Ringa Rantanen työskentelee yksityisessä lastensuojelulaitoksessa ohjaajana.

## **Sari Järvinen**

Sosionomi (AMK), Turun ammattikorkeakoulu 2011

Sari Järvinen työskentelee yksityisessä lastensuojelulaitoksessa ohjaajana.

### **Kristiina Siirto-Honkanen**

TtM (Tampereen yliopisto 2008)

Kristiina Siirto-Honkanen työskentelee projektisuunnittelijana Remontti-hankkeessa, Lasten ja nuorten Rajapinta-pilotissa. Hänen työhönsä kuuluu viedä lastenpsykiatrian menetelmiä kuntatasolle ja toimia työparina pilotin aikana. Kiinnostuksen kohteita ovat perhetyön kehittäminen, Theraplayn tuominen ”ruohonjuuritasolle” ja taiteen hyödyntäminen hoitotyössä.

### **Riia Tammisto**

PsM (Turun yliopisto, 2009)

Riia Tammisto työskentelee VSSHP:n psykiatrian tulosalueen lastenpsykiatrian akuuttityöryhmässä psykologina. Akuuttiosasto- ja poliklinikkatyön lisäksi olennainen osa hänen työnkuvaansa Remontti-hankkeen projektityöntekijänä on moniammatillinen verkostotyö Lasten mielenterveysambulanssi -projektissa.

### **Laura Tulensalo**

VTM (Turun yliopisto, 1994), perheterapeutti (v.2002)

Laura Tulensalo työskentelee VSSHP:n psykiatrian tulosalueen lastenpsykiatrian akuuttityöryhmässä sosiaalityöntekijänä. Akuuttiosasto- ja poliklinikkatyön lisäksi hän tekee jalkautuvaa verkostotyötä Remontti-hankkeen rahoittamassa Lasten mielenterveysambulanssi -projektissa, joka on toteutettu osana akuuttityöryhmän työtä.

### **Heikki Ellilä**

TtM, FT, Yliopettaja

Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala

Heikki Ellilä toimii yliopettajana englanninkielisessä sairaanhoitajakoulutuksessa. Hän opettaa ja toimii tutorina myös ylemmässä AMK-ohjelmassa. Hänen pääasiallinen opetusalueensa on mielenterveys- ja päihdehoitotyö sekä tutkimusmetodiikka. Lisäksi Ellilä ohjaa oppinnäytetöitä ja osallistuu erilaisten tutkimus- ja kehittämisprojektien toteuttamiseen. Hänen erikoisalueensa on ollut lasten ja nuorten mielenterveystyö. Peruskoulutukseltaan hän on psykiatrinen sairaanhoitaja.

### **Heidi Ristseppä**

KM (Turun Yliopisto 2007), päätoiminen tuntiopettaja  
Turun ammattikorkeakoulu, Sosiaaliala

Heidi Ristsepän työhön kuuluu tutkimustyön lisäksi opetustyötä sosionomi (AMK) tutkinnoissa. Hän on myös itse aikaisemmalta koulutukseltaan sosionomi (AMK) ja tutustunut sosiaalityön haasteisiin monilla eri sektoreilla.

### **Niina Vuoristo**

päätoiminen tuntiopettaja  
Turun ammattikorkeakoulu, Sosiaaliala

Niina Vuoristo on peruskoulutukseltaan sosiaalityöntekijä. Hän on toiminut Turun kaupungin jälkihuoltotoimiston johtavana sosiaalityöntekijänä vuodesta 2004. Hän on virkavapaalla kyseisestä toimesta ja toimii päätoimisena tuntiopettajana sosionomi (AMK) koulutuksessa. Lisäksi hän on mukana TKI-toiminnassa.

### **Tiina Pelander**

SH, TtT (Turun yliopisto 2008), lehtori  
Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala

Tiina Pelander on väitellyt aiheesta ”The Quality of Paediatric Nursing Care – Children’s Perspective” ja on erityisen kiinnostunut lapsen äänen kuulemisesta terveydenhuollon- ja sosiaalihuollon kentässä. Hänen työhönsä kuuluu tutkimus- ja kehittämistyön lisäksi opetustyötä sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja (AMK) tutkinnoissa. Hän on kiinnostunut sellaisten menetelmien kehittamisestä, joiden avulla lapsen ääntä voitaisiin kuulla nykyistä enemmän – palveluista saataisiin laadukkaampia ja vaikuttavampia, jos ammattilaiset ottaisivat lapset ja nuoret kumppaneikseen palveluiden kehittämiseen. Peruskoulutukseltaan Pelander on lastensairaanhoitaja.

### **Eeva Timonen-Kallio**

VTL (Turun yliopisto 2008), lehtori  
Turun ammattikorkeakoulu, Sosiaaliala

Eeva Timonen-Kallion työhön kuuluu tutkimus- ja kehittämistyön lisäksi opetustyötä sosionomi (AMK) ja sosionomi (ylempi AMK) tutkinnoissa. Hänen pääasiallinen opetusalueensa on lastensuojelu ja perhetyö sekä lastenkoti-työ. Hän on kiinnostunut lastensuojelutyön ammatillisten menetelmien sekä lastenkoti-työn ammatillisen osaamisen kehittamisestä. Peruskoulutukseltaan hän on sosiaalityöntekijä.

### **Kaisa-Elina Hotari**

YTM (Tampereen yliopisto 2007), tutkijakoulutettava  
Tampereen yliopisto

Kaisa-Elina Hotari tekee Tampereen yliopistossa ja Sosiaalityön ja sosiaalipalveluiden valtakunnallisessa tutkijakoulussa Sosnetissa väitöskirjaa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajapintaan liittyvistä kysymyksistä. Hän on kiinnostunut palvelujärjestelmän tutkimuksesta sekä ammatillisista käytännöistä verkostoissa.

### **Tiina Ilola**

SH

Tiina Ilola on psykiatrinen sairaanhoitaja. Hän toimii projektisuunnittelijana Remontti-hankkeessa, Nuorten Rajapinta-pilotissa. Hänen työhönsä kuuluu 13–25-vuotiaiden nuorten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien (masennus, ahdistuneisuus, käytöshäiriöt jne.) ennaltaehkäisy ryhmämuotoisten menetelmien avulla, toimialueena Satakunnan alueen yläkoulu, II-asteen oppilaitokset ja ammattikorkeakoulut. Hänen työhönsä kuuluu myös työparina työskentely oppilaitoksissa. Kiinnostuksen kohteena on erilaisten työskentelymenetelmien hyödyntäminen nuorten kanssa työskennellessä.