

LASTENSUOJELUN JA NUORISOPSYKIATRIAN
YHTEISASIAKKUUDET –
Auttamisvastuun jakaminen ja siirtäminen

Eija Lampela
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityön maisteriohjelma
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2018

TIIVISTELMÄ

LASTENSUOJELUN JA NUORISOPSYKIATRIAN YHTEISASIAKKUUDET –

Auttamisvastuun jakaminen ja siirtäminen

Eija Lampela

Sosiaalityön maisteriohjelma

Pro gradu -tutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Ohjaaja: Johanna Kiili

Syksy 2018

120 sivua + 1 liite

Tutkielman tehtävänä on selvittää, miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyö näytetään nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoissa. Tutkielmassa tarkastellaan, miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välistä auttamisvastuuta kuvataan potilaskertomusteksteissä. Tutkielman tavoitteena on tuottaa lisää tietoa ja ymmärrystä yhteisasiakkuudessa olevien nuorten auttamisvastuun jakamisen perusteista lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä.

Tutkielma paikantuu sosiaalisen konstruktionismin tutkimusperinteeseen, jossa sosiaalisen todellisuuden ymmärretään rakentuvan sosiaalisessa ja kielellisessä vuorovaikutuksessa. Tiedon luonne määrittyy suhteessa kontekstiinsa ja tutkimuksen kohteeksi asetetaan kieli. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisen auttamisvastuun jakautumista tarkastellaan moniammatillisen asiantuntijuuden ja moniorganisatorisen yhteistyön viitekehyksessä.

Tutkielman aineisto kerättiin keväällä 2017 ja se koostuu 181 lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa olevan nuoren nuorisopsykiatrian potilaskertomusasiakirjoista. Analyysimenetelminä käytettiin sisällön erittelyä ja aineistolähtöistä sisällön analyysia. Sisällön erittelyn avulla kuvattiin kvantitatiivisesti yhteisasiakkuudessa olevien nuorten taustatekijöitä ja pyrittiin saamaan käsitys tarkasteltavien ilmiöiden yleisyydestä aineistossa. Sisällön analyysin avulla aineistosta etsittiin moniammatillista yhteistyötä sekä auttamisvastuun jakamista ja siirtämistä kuvaavia teemoja. Analyysin apuvälineenä käytettiin Atlas.ti-ohjelmaa.

Tutkielman tulokset osoittavat, että lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus on nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olleilla nuorilla yleistä. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen yhteistyö käynnistyy usein lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Yhteistä auttamisvastuuta määritellään tyypillisesti kasvokkaisissa kohtaamisissa ja puhelinkeskusteluissa. Auttamistyö tarkoittaa harvoin konkreettista organisaatorajat ylittävää yhdessä työskentelyä. Tyypillisempää on toimijoiden työskentely omilla erillisillä vastuualueillaan. Nuorisopsykiatrian työntekijät määrittelevät lastensuojelun tehtävää ja roolia myös ilman lastensuojelua. Auttamisvastuun jakaminen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä perustuu työnjaon määrittelyyn, yhteiseen tavoitteeseen, keskinäiseen riippuvuuteen toinen toisensa toiminnasta sekä yhteistyön määrittelyyn osaksi hoitoa. Eriävät näkemykset auttamisvastuusta perustuvat viranomaisen määrittelyihin nuoren problematiikasta ja organisaatioiden resursseista. Nuorten ja perheiden osallisuus auttajatahojen määrittelyssä näyttäytyy merkittävänä. Eriäviä näkemyksiä auttamisvastuusta syntyy erityisesti nuorisopsykiatrisen osaston ja nuorisokodin rajalla aggressiivisesti käyttäytyvän nuoren auttamistyössä.

Avainsanat: asiakirja, auttamisvastuu, jaettu asiantuntijuus, lastensuojelu, moniorganisatorinen yhteistyö, nuorisopsykiatria, yhteisasiakkuus

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	2
2 LASTENSUOJELU JA NUORISOPSYKIATRIA AUTTAMISTYÖN KONTEKSTEINA.....	4
2.1 Lastensuojelu osana palvelujärjestelmää	4
2.2 Nuorisopsykiatria osana palvelujärjestelmää	8
2.3 Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajapinnat ja yhteisasiakkuudet.....	12
3 MONIAMMATILLINEN ASiantuntijuus	20
3.1 Moniammatillinen asiantuntijuus ja yhteistyö	20
3.2 Moniammatillisen yhteistyön teoreettisia mallinnuksia	23
3.3 Rajatyö ja auttamisvastuu	28
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	31
4.1 Kieli ja dokumentaatio tutkimuksen kohteena.....	31
4.2 Tutkimuksen tehtävä	33
4.3 Aineisto ja sen hankinta.....	34
4.4 Aineiston analyysi.....	36
4.5 Tutkimuksen eettisyys	41
5 YHTEISIASIAKKUUS JA YHTEISTYÖ.....	44
5.1 Yhteisasiakkuudessa olevat nuoret	44
5.2 Yhteistyö potilaskertomuksissa.....	55
6 KENEN VASTUULLA? AUTTAMISVASTUUN TARKASTELUA LASTENSUOJELUSSA JA NUORISOPSYKIATRIASSA.....	66
6.1 Auttamisvastuun jakamisen määrittelytavat ja vastuun painopisteet.....	66
6.2 Nuorten taustatekijät ja auttamisvastuun siirtäminen	76
6.3 Auttamisvastuun siirtämisen perustelutavat.....	78
7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	96
7.1 Yhteisasiakkuudessa olevat nuoret ja viranomaisten yhteistyö	96
7.2 Auttamisvastuun jakaminen ja siirtäminen	101
8 POHDINTA.....	108
LÄHTEET:.....	110

1 JOHDANTO

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen yhteistyö on keskeinen tekijä erityistason palveluita tarvitsevien nuorten auttamistyössä, sillä merkittävä osa näistä nuorista on asiakkaana molemmissa palveluissa. Pian julkaistava suomalainen kohorttitutkimus vuonna 1997 syntyneiden elämästä osoittaa, että Suomen lastensuojelujärjestelmä kohtaa paljon psykiatristen palveluiden tarpeessa olevia nuoria. Tuoreiden tutkimustulosten mukaan 63 prosentilla kodin ulkopuolelle sijoitetuista nuorista on psykiatrinen tai neurologinen diagnoosi, kun puolestaan kotona asuvilla nuorilla vastaava luku on 17 prosenttia. (Lastensuojelun Keskusliitto 2018.) Mediassa on viime vuosina uutisoitu nuorten mielenterveyspalveluihin hakeutumisen merkittävästä kasvusta. Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon lähetemäärät ovat lähteneet huomattavaan nousuun vuonna 2016. (Lepistö 2017; Mäkilä 2017; Tiihonen 2017; Lännen Media 2018.) Vuoden 2017 lastensuojelun kuntakyselyssä (Puustinen-Korhonen 2018) kiinnitetään huomiota pitkään jatkuneisiin lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisen yhteistyön ongelmiin. Erityistä huolta ovat aiheuttaneet haasteet lastensuojelun asiakkaana olevien lasten pääsyssä mielenterveyspalveluihin sekä käytännön toimijoiden kokemus siitä, että nuorisopsykiatrian resurssipulaa joudutaan paikkaamaan lastensuojelun palveluilla.

Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden kenttä on ajankohtaisesti suuressa murroksessa. Käynnissä olevassa Sote-uudistuksessa tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityistason palvelujen sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota. Hallituksen lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma -kärkihankkeessa (LAPE) tavoitteena on lapsiperheiden palveluiden kehittäminen sektoroituneesta palvelujärjestelmästä ja pirstaleisista palveluista toimiviksi kokonaisuuksiksi ja asiakaslähtöisiksi palveluiksi, jotka korostavat asiakkaiden osallisuutta. Lasten, nuorten ja perheiden somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita sekä sosiaalihuollon vaativan tason palveluja pyritään kehittämään asiakaslähtöisiksi integroituviksi palveluiksi. (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016, 21.)

Kiinnostuin lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudesta oman työkokemukseni kautta. Sekä lastensuojelun että nuorisopsykiatrian arjen työssä käydään keskustelua

yhteistyön haasteista. Molemmilla puolilla tätä keskustelua seuranneena ja siihen osallistuneena olen havainnut, ettei yhteistyökumppanin työn rajojen ja mahdollisuuksien hahmottaminen ole itsestäänselvyys.

Tutkimuksessani tarkastelen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa olevien nuorten auttamistyötä moniammatillisen asiantuntijuuden ja moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Tutkin auttamisvastuuta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä tarkastelemalla, miten yhteistyön tekemistä sekä auttamisvastuun jakamista ja siirtämistä kuvataan nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoissa. Aluksi taustoitan tutkimustani luvussa 2 kuvaamalla lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmiä ja käymällä läpi, mitä aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään yhteisasiakkaista ja yhteisasiakkuudesta. Tutkimuksen teoreettista paikannusta käsittelevässä luvussa 3 kuvaan moniammatillisesta asiantuntijuutta ja moniammatillista yhteistyötä käsittelevää tieteellistä keskustelua sekä moniammatillista yhteistyötä jäsentäviä teoreettisia malleja. Neljännessä luvussa kuvaan tutkimuksen toteuttamisen prosessin: pohdin kieltä ja dokumentaatiota tutkimuksen kohteena, tiivistän tutkimuksen tehtävän, kuvaan aineistoa, sen hankintaa ja analyysia sekä pohdin tutkimuksen tekemisen eettisiä näkökulmia. Luvuissa 5 ja 6 esittelen tutkimuksen tulokset, minkä jälkeen esittelen johtopäätökset. Pohdintaluvussa arvioin tutkimuksen tuloksia ja tutkimusprosessia sekä tuon esiin jatkotutkimuksen tarpeita.

2 LASTENSUOJELU JA NUORISOPSYKIATRIA AUTTAMISTYÖN KONTEKSTEINA

Tässä luvussa esittelen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmiä ja niissä toimivien ammattilaisten lakisääteisiä velvollisuuksia nuoruusikäisten auttamistyössä. Käyn läpi, mitä aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaista ja heidän erityispiirteistään sekä palvelujärjestelmän haasteista heidän auttamistyössään. Tutkimukseni keskeinen lähtökohta on lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian lakisääteinen velvollisuus yhteistyöhön. Hallintolaissa (434/2003, 10 §) määritellään viranomaisten yleinen velvoite avustaa pyydettyä toista viranomaista tämän hallintotehtävän hoitamisessa sekä velvoite edistää viranomaisten välistä yhteistyötä. Velvoite viranomaisten väliseen poikkihallinnolliseen yhteistyöhön lasten ja nuorten asioissa sisältyy sosiaalihuoltolakiin (1301/2014, 8 § ja 9 §) sekä terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 32 §). Lastensuojelulaki (417/2007, 15 §) velvoittaa terveydenhuoltoa antamaan asiantuntija-apua lastensuojeluviranomaisille sekä järjestämään tarvittaessa lapselle tutkimus- hoito- ja terapiapalveluja. Lastensuojelulaissa (417/2007, 25 §) säädetään muiden viranomaisten velvollisuudesta ilmoittaa sosiaalihuoltoon, mikäli herää huoli lapsen hoidosta ja huolenpidosta, kehitystä vaarantavista olosuhteista tai lapsen omasta kehitystä vaarantavasta käyttäytymisestä. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 40 §) säädetään sosiaalihuollon henkilöstön velvollisuudesta ilmoittaa asiakkaan suostumuksella muiden sektoreiden viranomaisille asiakkaan palvelujen tarpeesta. Velvoitteita viranomaisten väliseen yhteistyöhön sisältyy moneen keskeiseen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työskentelyä ohjaavaan lakiin.

2.1 Lastensuojelu osana palvelujärjestelmää

Lastensuojelu on lakisääteistä toimintaa, joka osaltaan toteuttaa Lapsen oikeuksien sopimusta (YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista) (Hakalehto 2016, 35–36). Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lastensuojelun keskeisiä periaatteita ovat lapsen suotuisan kehityksen ja hyvinvoinnin edistäminen sekä vanhempien, huoltajien ja muiden lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavien henkilöiden tukemi-

nen kasvatuksessa ja huolenpidossa. Lastensuojelun tehtävänä on lapsen ja perheen ongelmien ehkäiseminen sekä ongelmiin puuttuminen. Lapsen edun huomioiminen on ensisijainen lastensuojelun toimintaa ohjaava periaate. (Bardy 2013, Lastensuojelulaki 417/2007.)

Lastensuojelu koostuu ehkäisevästä lastensuojelusta ja perhekohtaisesta lastensuojelusta. Ehkäisevän lastensuojelun tehtävänä on lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen silloin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Ehkäisevää lastensuojelua on tuki ja erityinen tuki, jota annetaan äitiys- ja lastenneuvolassa, päivähoitossa, opetuksessa ja nuorisotyössä sekä muissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lapsi- ja perhekohtaiseen lastensuojeluun kuuluu avohuollon tukitoimet, kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä niihin liittyvät sijais- ja jälkihuolto. Lastensuojelulaki ohjaa mahdollisimman hienovaraiseen toimintaan ja avohuollon tukitoimien ensisijaisuuteen. Sijaishuolto on järjestettävä viivytyksettä, mikäli lapsen etu sitä vaatii. (Lastensuojelulaki 417/2007.)

Lastensuojelu on lapsen terveyden ja kehityksen turvaamista sekä sitä vaarantavien tekijöiden poistamista. Lastensuojelun tulisi perustua lapsikeskeiseen perhelähtöisyyteen. Lastensuojelutarpeen taustalla voi olla monenlaisia syitä tavallisista elämäkriiseistä poikkeuksellisen koetteleviin oloihin sekä erityisen vaativiin tilanteisiin. Perhettä voivat koetella esimerkiksi lapsuudessa, vanhemmuudessa ja parisuhteessa tapahtuneet muutokset. Toistuvasti kriisiytyvät perhetilanteet voivat tarvita pitkäkestoista, seuraavaan sukupolveenkin ulottuvaa lastensuojelun tukea. Tilanteet voivat olla hyvin moninaisia. Lasten turvattomuus, laiminlyönti ja pahoinpitely voivat kietoutua vanhempien päihteiden käyttöön, mielenterveysongelmiin, rikoksiin ja parisuhdeväkivaltaan. (Bardy 2013, 73.)

Osana sosiaalihuoltoa lastensuojelu perustuu tarveperiaatteeseen. Lastensuojeluna toteutettavat sosiaalipalvelut eivät automaattisesti kuulu kaikille lapsille vaan ne perustuvat todettuun lastensuojelun tarpeeseen. Lastensuojelun tarve on aina selvitettävä lapsi- ja perhekohtaisesti. Ensisijainen vastuu lapsen hoidosta ja huollosta kuuluu huoltajalle. Lastensuojelun tarvetta arvioidaan aina suhteessa huoltajan kykyyn lapsen hyvinvoinnin turvaamisessa. Lastensuojelun tarve voi syntyä, kun huoltaja omalla toiminnallaan tai laiminlyönneillään vakavasti vaarantaa lapsen kehityksen tai terveyden. Lastensuojelun tarpeen syntymiseen voi johtaa myös lapsen tai nuoren oma kehitystä ja terveyttä vaarantava käyttäytyminen kuten päihteidenkäyttö tai rikolliset teot. (Aer 2012, 53.)

Lastensuojelutoimenpiteiden tavoitteena on auttaa lapsen kehitystä. Viranomaisten toimivalta on rajoitettua lastensuojelutoimien toteuttamisessa. Lainsäädäntö ei esimerkiksi anna mahdollisuutta pakottaa lasta tai perhettä avohuollon tukitoimiin vaikka niiden katsottaisiin olevan lapsen edun mukaisia. Lainsäädäntö rajoittaa myös tahdonvastaisten lastensuojelutoimien käyttöä. Lastensuojeluviranomaisten tekemät päätökset perustuvat joko oikeus- tai tarkoituksenmukaisuusharkintaan. Oikeusharkinnalla tarkoitetaan tiukasti oikeussäädöksiin sidottua harkintaa eli ratkaisut perustuvat tiettyihin ennalta määriteltyihin kriteereihin. Tarkoituksenmukaisuusharkinta puolestaan kuvaa kunnan viranomaisen harkintavaltaa, jossa lähtökohtana on lastensuojelutoimien tarkoituksenmukaisuus. Lastensuojelun tahdonvastaiset toimet kuuluvat oikeusharkinnan piiriin. Avohuollon tukitoimia koskevat päätökset puolestaan perustuvat lastensuojeluviranomaisen harkintaan. (emt 54–56.)

Suhteellisuusperiaate on olennainen lastensuojelutyötä ohjaava periaate. Sen mukaisesti viranomaisen toimien on oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään. Suojattuun perhe-elämään tulee puuttua vain siinä määrin kuin se on lapsen edun turvaamiseksi välttämätöntä eli lievimmällä mahdollisella tavalla mutta kuitenkin niin, että lapsi tulee tarkoituksenmukaisesti autetuksi. Lastensuojelutoimien välttämättömyyttä arvioitaessa on tarkasteltava toimenpiteiden vaikutuksia erityisesti lapsen kannalta. Toimenpiteiden on oltava hallinnon näkökulmasta asianmukaisia ja tehokkaita sekä sopivia suhteessa tavoitteisiin, joita toimenpiteillä pyritään saavuttamaan. Toimenpiteiden on myös oltava niiden kohteena olevan henkilön etujen ja oikeuksien kannalta tarpeellisia ja välttämättömiä sekä oikeasuhtaisia. Niiden rajoittavat ja negatiiviset vaikutukset eivät saa sisältää yksilöön kohdistuvia rajoituksia tai pakkoa enempää kuin toivotun tavoitteen saavuttamiseksi on välttämätöntä. Keinoista on valittava vähiten rajoittava ja oikeuksiin puuttuva. (Mäenpää 2008, 74; Aer 2012, 57–59.)

Syrjimättömyysperiaatteella tarkoitetaan, ettei lastensuojelutoimiin saa ryhtyä ainoastaan lapsen tai vanhempien henkilökohtaisista ominaisuuksista johtuvista syistä. Kiellettyjä ovat toimet, jotka kohdistavat lapseen erottelua esimerkiksi vanhemman ihonvärin, sukupuolen, uskonnon varallisuuden tai poliittisen vakaumuksen perusteella. Lapseen ei saa kohdistaa vanhempien tai muiden perheenjäsenten asemaan, toimintaan tai vakaumukseen perustuvaa syrjintää tai rangaistuksia. Tilanteessa, jossa epäillään vanhemman olevan henkilökohtaisen syiden vuoksi kyvytön huolehtimaan lapsestaan, ovat avohuollon tukitoimet lähtökohteisesti ensisijaisia. Huostaanoton peruste voi syntyä silloin, kun vanhemman toiminnasta

selkeästi aiheutuu lapselle konkreettisesti vakavaa vaaraa. Syrjäntäkielto ei estä erityiskohtelun järjestämistä yksittäiselle lastensuojelutoimien tarpeessa olevalle lapselle. Positiivinen erityiskohtelu kuten lapsen asemaa ja olosuhteita parantavat toimet tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi ovat mahdollisia. (Aer 2012, 58–59.)

Huostaanotto on äärimmäinen lastensuojelutoimi ja siihen tulee ryhtyä vain silloin, kun avohuollon tukitoimet eivät ole riittäviä, tarkoituksenmukaisia tai mahdollisia. (Pösö 2016, 14–16.) Suomalaisessa lastensuojelujärjestelmässä päätöksen huostaanotosta tekee johtavassa asemassa oleva sosiaaliviranomainen, mikäli huoltajat ja 12 vuotta täyttänyt lapsi ovat sosiaalityöntekijöiden kanssa samaa mieltä huostaanoton tarpeellisuudesta ja esitetystä sijaishuoltopaikasta. Tällöin puhutaan suostumukseen perustuvasta tai vapaaehtoisesta huostaanotosta. Jonkun asianosaisista vastustaessa huostaanottoa tai esitettyä sijoituspaikkaa päätös huostaanotosta tehdään hallinto-oikeudessa. Tällaisessa tilanteessa kysymyksessä on tahdonvastainen huostaanotto tai pakkohuostaanotto. (Pösö 2016, 18.)

Kansainvälisessä vertailussa eri maiden tavoissa järjestää lastensuojelun palvelut on todettu eroja. Suomalainen lastensuojelu perustuu palveluorientaatioon, jossa painopisteenä on haittojen ennaltaehkäisy ja tavoitteena lapsen terveen kehityksen tukeminen ja kehitystä uhkaavien riskien lieventäminen. Näkökulma on kuntoutuksellinen, ihmisillä nähdään aina olevan muutoksen mahdollisuus avun ja tarkoituksenmukaisten palveluiden tukemana. Lastensuojelun palvelut ovat osa laajempaa perhepalveluiden kokonaisuutta, jossa ennaltaehkäisevillä palveluilla pyritään vähentämään vakavia haittoja ja sitä kautta myös huostaanottojen tarvetta. Puuttumisen kynnyks on matala, koska interventioiden lähtökohtana on perheiden tukeminen ja palveluiden on tarkoitus olla tilapäisiä. Suomen lisäksi Ruotsissa ja Norjassa lastensuojelun palvelut rakentuvat palveluorientaatiosta käsin. Myös Saksa kiinnittyy perhepalvelulähtöiseen orientaatioon. Toisenlaista, suojeluorientaatioon perustuvaa tapaa järjestää lastensuojelun palvelut edustavat Yhdysvallat, Englanti, Sveitsi ja perinteisesti myös Irlanti, joskin siellä on tapahtumassa uudistusta kohti palveluorientoitunutta järjestelmää. Suojeluajattelulle rakentuvassa järjestelmässä tilanteisiin puututaan vain silloin, kun vakava lapsen kasvua ja kehitystä uhkaava riski on selkeästi osoitettavissa. Ennaltaehkäiseviä palveluja ei ole tällaisessa järjestelmässä, ja puuttumisen kynnyks on korkea. (Burns, Pösö & Skivenes 2016a.)

Suomen lastensuojelujärjestelmä on avohuoltopainotteinen: suurin osa palveluista on vapaaehtoisia kotiin vietäviä palveluita, joiden tavoitteena on tukea vanhempien ja lasten arkea heidän omassa ympäristössään. Kodin ulkopuolelle sijoitus on vain pieni osa lastensuojelun palveluita. Suomalaisen lastensuojelun erityispiirteenä on, että huostaanotot voivat olla sekä osapuolten suostumukseen perustuvia että tahdonvastaisia. Suostumukseen perustuvia, vapaaehtoisia huostaanottoja tehdäänkin Suomessa paljon. (Pösö & Huhtanen 2016.) Tosin Burns, Pösö ja Skivenes (2016b) tuovat esiin, ettei suostumuksiin perustuvista huostaanotoista ole käytettävissä tutkimustietoa, joten niihin liittyy monia epävarmuustekijöitä. Tietoa ei ole esimerkiksi siitä, ovatko lapset tai perheen kokeneet tulleen painostetuksi sijoitukseen eikä siitä, onko heille annettu tilanteessa riittävästi tietoa, mitä prosessissa tapahtuu.

Huostaanottokäytännöt eroavat muiltakin osin eri maissa. Suomessa huostaanoton kriteerit kattavat myös omalla käytöksellään kehityksensä vaarantavat nuoret toisin kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa, joissa huostaanotot kohdistuvat enimmäkseen pieniin lapsiin. (Pösö 2016, 25.) Yhdysvalloissa ja Englannissa huostaanotto johtaa usein pysyviin ratkaisuihin ja adoptiota käytetään usein lastensuojelutoimena. Norjassa pohditaan, voisiko adoptiota käyttää useammin ja Irlannissa on pyrkimyksenä mahdollistaa pitkäaikaisesti sijoitettujen lasten adoptio. Suomessa adoptioita käytetään harvoin huostaanottotilanteissa, ja sijaishuollon lähtökohdaksi on aina pyrkimys perheen jälleenyhdistämiseen. (Burns ym. 2016b.)

2.2 Nuorisopsykiatria osana palvelujärjestelmää

Mielenterveystyö koostuu sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluista. Mielenterveystyön tavoitteena on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen sekä mielisairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Palvelujen järjestämisvastuu on kunnilla ja kuntayhtymillä, joiden tulee huolehtia, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvään tarpeeseen vastaaviksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä säädetään mielenterveyslain (1116/1990) lisäksi kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989). Terveydenhuolto koostuu terveyden ja hyvinvoinnin

edistämisestä, perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain mukaiset palvelut on käytännössä eroteltu perusterveydenhuolloksi ja erikoissairaanhoidoksi. Perusterveydenhuollon palveluja järjestetään kuntien terveyskeskuksissa. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on sairaanhoitopiirin kuntayhtymillä. (Kansanterveyslaki 66/1972; Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989; Mielenterveyslaki 1116/1990; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 9–10.)

Nuorten psykiatrasta perusterveydenhuollon hoitojärjestelmää ei ole erikseen määritelty missään. Perustason nuorisopsykiatrisia palveluja tuottavat pääasiassa terveyskeskus ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. Sosiaalitoimi järjestää nuorille erilaisia tukipalveluja. Joissain kunnissa varhaisnuorten palvelut on keskitetty perheneuvolaan. Myös seurakuntien nuorisotyö tukee palveluillaan nuorten kasvua ja kehitystä. Perustasolla järjestetään myös erikoissairaanhoidon palveluja. Muutamissa suurissa kaupungeissa terveyskeskukset järjestävät nuorisopsykiatrian avopalveluita osana alueellisia erikoissairaanhoidon palveluita. Myös opiskeluterveydenhuolto tarjoaa nuorille psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita. 1990-luvun lopulta lähtien on kehitetty myös niin sanottuja välimaaston palveluita, jotka sijoittuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin. Nämä palvelut ovat matalan kynnyksen poliklinikoita, joihin voi hakeutua ilman lähetettä. Tavoitteena on pystyä tarjoamaan apua nopeasti. (Pylkkänen & Haapasalo-Pesu 2016, 443–447.) Nuorten lievät ja keskivaikeat mielenterveyden häiriöt tulisi hoitaa perustason ja välimaaston palveluissa (Kaltiala-Heino, Kaukonen & Borg 2016, 452).

Nuorisopsykiatria on erikoissairaanhoidon erikoisala, joka vastaa nuorten psykiatrisesta hoidosta. Suomessa nuorisopsykiatria on eriytynyt omaksi erikoisalakseen 1990-luvun lopulla ensimmäisenä Euroopassa. Nuorisopsykiatrian toimialaan kuuluu tutkimus- ja arviointiyksiköitä, hoitopoliklinikoita, ja sairaalaosastoja. Erikoissairaanhoido järjestää myös konsultaatiopalveluita. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2017, 680; Nuorten mielenterveystalo.) Nuorisopsykiatriset palvelut on yleensä suunnattu 13 vuotta täyttäneille nuorille. Avohoidon palveluiden yläikäraja on eri alueilla 18–22 vuotta. Nuorisopsykiatrisen osastohoito on suunnattu alle 18-vuotiaille. (Kaltiala-Heino ym. 2016, 454.)

Nuoruusikäisten psykoosioireiden tutkimus ja hoito kuuluvat aina erikoissairaanhoidoon. Muiden psykiatristen oirekuvien osalta erikoissairaanhoidoon kuuluvat vakavat häiriöt. Häiriöiden vakavuutta arvioidessa on huomioitava oireiden vaikeusaste, määrä ja laatu

sekä nuoren toimintakyky ja nuoruusiän kehityksen eteneminen. Nuoren itsetuhoisuus edellyttää usein kiireellistä erikoissairaanhoidon ohjaamista. Itsemurhayrityksen tehneille nuorille tulee tehdä nuorisopsykiatrinen arvio, joka johtaa usein hoitoon erikoissairaanhoidossa. Myös nuorten syömishäiriöt vaativat usein erikoissairaanhoidon. Aggressio-ongelmat ja väkivallan uhka voivat liittyä moniin nuorisopsykiatrisiin häiriöihin, mutta niiden ei aina katsota edellyttävän nuorisopsykiatrista erikoissairaanhoidon tarvetta. Aggressio- ja väkivalta-problematiikkaan voivat vastata myös koulu, lastensuojelu ja rikosseuraamusjärjestelmä. Nuorisopsykiatrista hoitoa katsotaan tarvittavan silloin, kun aggressiivisella nuorella on selkeästi myös muuta psykiatrista oireilua. Nuorisopsykiatrisen selvittelyn tarve katsotaan olevan myös silloin, kun nuoren aggressio-oireilu ei selity olosuhdetekijöillä. Autismin kirjon häiriöistä nuorisopsykiatrisen piiriin kuuluvat ne, joihin nuoruusiän kehitysvaiheissa liittyy psykiatrista oireilua. (Kaltiala-Heino ym. 2016, 454–455.)

Psykiatrisesti oireilevan nuoren hoidon tarpeen arvioinnissa keskeinen kysymys on perheen tarjoama tuki tai sen puute. Mikäli nuori ei saa perheeltään tarpeenmukaista tukea, lievätkin oireet voivat vaatia tiivistä ammattiapua. Näissä tilanteissa myös lastensuojelun tuki voi olla tarpeen. Tilanteissa, joissa vanhemmat ottavat nuoren oireilun vakavasti ja pystyvät antamaan tarpeeksi tukea, voi ammattilaisten interventioiden tarve olla pienempi. (Kaltiala-Heino ym. 2016, 455.) Nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon hakeudutaan yleensä lääkärin kirjoittamalla läheteellä. Nuori voidaan ohjata nuorisopsykiatriseen arviointiin tai hoitoon myös sairaalapäivystyksen kautta. (Nuorten mielenterveystalo.) Erikoissairaanhoidon lähettämisen tulee tapahtua yhteistyössä nuoren ja huoltajien kanssa. Ellei vakavaa lastensuojelullista estettä ole, nuoren asioista puhutaan avoimesti vanhempien kanssa ja heille kerrotaan lähetteen sisällöstä. Aikuisikää lähestyvillä nuorilla tulee kuitenkin olla mahdollisuus hakeutua erikoissairaanhoidon selvittelyihin myös itsenäisesti. (Kaltiala-Heino ym. 2016, 455.)

Nuorisopsykiatrisen tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa nuoren psyykkisen kehityksen, sen vaiheen ja etenemisen sekä nuoren persoonallisuuden arvioimiseksi. Nuorisopsykiatrisella tutkimuksella pyritään saamaan käsitys nuoren mielenterveydestä ja arvioimaan hoidon tarvetta. (Happonen 2006, 186.) Mikäli tutkimuksessa todetaan avohoitoa vaativa psyykkinen häiriö, pyritään nuori ja perhe sitouttamaan psykiatriseen avohoitoon. Nuoriso-

psykiatrisen hoidon tavoitteena on lievittää oireita, palauttaa toimintakykyä sekä lisätä elämänhallintaa ja todellisuudentajua. Keskeistä on ahdistuksen ja psyykkisten oireiden sietämisen ja käsittelemisen oppiminen. (Airaksinen & Laukkanen 2006, 202–207.)

Nuorten psyykkisiä ongelmia tutkitaan ja hoidetaan ensisijaisesti avohoidossa. Avohoitoon kuuluvat poliklinikoiden lisäksi päiväosastot ja tehostetun avohoidon yksiköt. Tiiviin tuen päiväyksiköissä tarjotaan tukea akuuttitilanteisiin tai kuntouttavaa toimintaa. Tarvittaessa tutkimusta ja hoitoa toteutetaan myös nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa. Osastohoidolla nähdään olevan avohoitoa tukeva rooli tilanteissa, joissa kodin, koulun ja avohoidon tuki ei riitä ja nuori tarvitsee kokonaisvaltaisesti hoitavaa ympäristöä. Nuori voidaan lähettää osastohoitoon joko suunnitellusti tai kiireellisesti. Osastohoitoa toteutetaan joko vapaaehtoisesti tai tahdosta riippumatta. (Kaltiala-Heino & Lindberg 2016, 674–675.)

Suunnitellun kiireettömän osastohoidon perusteena voi olla, ettei nuoren tutkimus tai hoito avohoidossa onnistu psyykkisen sairauden vaikea-asteisuuden, oireiden pitkäaikaisuuden tai vaikean hallittavuuden vuoksi. Tilanteeseen voi liittyä motivaatiohaasteita, sairautentunnon puutetta tai vanhempien tuen puutetta. (Erkolahti 2006, 211–213.) Kiireellisen osastohoidon perusteena on yleensä psykoottinen häiriö, vakava depressio ja välitön itsetuhoon uhka, vakava syömishäiriö ja uhka turvallisuudelle sekä psykiatriseen häiriöön liittyvä akuutti impulsiivinen käytöshäiriö ja aggressiivisuus, jonka hoidossa muut keinot eivät ole soveltuvia tai riittäviä. Kriisijaksot pyritään pitämään lyhyinä ja niiden tavoitteena on merkittävimmän ongelman vakauttaminen ja tarpeeksi tukevan hoitosuunnitelman laatiminen avohoitoon. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hän on vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa, eivätkä muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi. Laissa tarkoitettuja vakavia mielenterveyden häiriöitä ovat psykoosi ja psykoottiset läpilyönnit, vakava itsetuhoisuus, vaikeat impulssikontrollin häiriöt, joihin liittyy kontrolloimattomia väkivaltaisuutta tai väkivallan uhkaa, vakavat syömishäiriöt tai merkittävää akuuttia haittaa aiheuttavat päihdehäiriöt (Kaltiala-Heino, 2003, 19).

2.3 Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajapinnat ja yhteisasiakkuudet

Suomessa oli vuonna 2017 lastensuojelun avohuollon asiakkaina 55 884 lasta ja nuorta eli 4,5 prosenttia väestön 0–20-vuotiaista. Lastensuojelun avohuollon asiakasmäärä on laskenut vuonna 2015 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain (1301/2014) muutoksen jälkeen. Lakimuutoksen myötä lastensuojelun avohuollon asiakkuus ei enää ala lastensuojelutarpeen selvittämisen käynnistymisestä vaan siitä, kun tehdyn palvelutarpeen selvityksen perusteella nähdään tarve lastensuojelun avohuollon palveluille. Lapsiperheitä voidaan auttaa myös sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisilla palveluilla ilman lastensuojelun asiakkuutta. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli 17 956 lasta ja nuorta vuonna 2017. Huostaan otettuna oli 10 526 lasta ja nuorta eli yksi prosentti väestön 0–17-vuotiaista. Huostaan otettujen lasten ja nuorten määrä pysyi samalla tasolla kuin edellisellä vuonna. Kiireellisiä sijoituksia tehtiin 4081. Kiireellisten sijoitusten määrä lisääntyi 15 prosenttia edellisestä vuodesta. (Lastensuojelu 2017, 3, 1011.) Psykiatrisen avohoidon piirissä oli 21 902 13–17-vuotiaista nuorta vuonna 2016. Avohoidon potilasmäärät ja käyntimäärät potilasta kohti ovat kasvaneet kymmenen vuoden tarkastelujaksolla vuodesta 2006 vuoteen 2016. 10 vuoden aikana avohuollon käyntimäärät ovat lähes kaksinkertaistuneet. Vuonna 2016 psykiatrisessa vuodeosastohoidossa oli 2279 nuorta, hoitajaksoja oli toteutunut 3318. Vuoden 2008 jälkeen osastohoidossa olleiden nuorten määrä on laskenut mutta vuonna 2016 määrä on jälleen noussut ja ylittänyt vuoden 2008 tason. Osastohoitojaksojen määrä laski vuoden 2008 jälkeen mutta lähti uudestaan kasvuun vuodesta 2014 alkaen. Osastohoitojaksojen pituus on lyhentynyt tasaisesti: vuonna 2006 osastohoitojakso kesti keskimäärin 42 vuorokautta, vuonna 2016 enää 24 vuorokautta. 13–17-vuotiaiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä olleiden nuorten yleisimmät diagnoosit olivat masennus (F32–F33) ja muu ahdistuneisuushäiriö (F41). (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuosi- ja toimintakatsaus 2016, 9.)

Sekä lastensuojelulaki että mielenterveyslaki korostavat avohuollon ja avohoidon ensisijaisuutta. Nuorta ei voi mielenterveyslain perusteella hoitaa vastentahtoisesti avohoidossa, eikä lastensuojelulain perusteella voi käyttää avohuollon tukitoimia vastoin nuoren omaa tahtoa. Tahdosta riippumattoman hoidon ja huostaanoton edellytykset ovat samankaltaisia: tilanteen tulee vakavasti vaarantaa nuoren turvallisuutta, terveyttä ja kehitystä. (Lastensuojelulaki 417/2007, Mielenterveyslaki 1116/1990.) Siposen ym. (2007, 146, 150–151) suo-

malaisessa rekisteritutkimuksessa todettiin sekä nuorisopsykiatristen tahdosta riippumattomien hoitajaksojen että lastensuojelun sijoitusten määrän kasvaneen valtavasti vuosina 1996–2003. Tutkimuksessa havaittiin, että sekä tahdosta riippumattomien hoitajaksojen ja lastensuojelun sijoitusten määrä vaihteli merkittävästi eri sairaanhoitopiirien alueilla. Tahdosta riippumattomien hoitojen ja sijoitusten välillä havaittiin keskinäinen riippuvuus: alueilla, joilla tahdosta riippumatonta hoitoa käytettiin keskimääräistä useammin, tehtiin myös lastensuojelun sijoituksia keskimääräistä useammin. Vastaavasti alueilla, joilla tahdosta riippumatonta hoitoa käytettiin vähemmän, myös sijoituksia tehtiin vähemmän.

Aikaisempien tutkimusten perusteella nuorten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian samanaikaisen asiakkuus on ilmiönä suuri. Psykiatrian näkökulmasta yhteisasiakkuutta ovat Suomessa tutkineet Kiurun ja Metteri (2014a) sekä Aro (2004). Aro (2004) on ammatillisessa lisensiaatintutkimuksessaan selvittänyt lastenpsykiatrisen osaston ja lastensuojelun yhteisiä asiakasprosesseja. Hänen tutkimuksessaan lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteisasiakkuus todettiin 79 prosentilla potilaista. Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimuksessa todettiin yli puolen (52 %) tietynä vuonna psykiatriseen sairaalaan potilaiksi tulleista nuorista olevan lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhtäaikaisessa asiakkuudessa. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen yhteisasiakkuudessa olevien nuorten osuus oli 11 prosenttia kaikista tutkimuksessa mukana olleista nuorista, mitä voidaan pitää melko korkeana. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että lastensuojelun piirissä olevien nuorten psykiatrisen hoidon tarpeeseen vastataan usein osastohoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Nuorisopsykiatrian kannalta tarkasteltuna osastohoidossa olevien nuorten lastensuojelun palveluiden ja tuen tarve näyttää olevan merkittävä. (Kiuru & Metteri 2014a, 147.)

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuutta koskeva aikaisempi tutkimus on vähäistä, mutta sekä suomalaista että kansainvälistä tutkimustietoa on löydettävissä lastensuojelun piirissä olevien lasten ja nuorten psykiatrisesta oireilusta sekä siihen liittyvästä hoidon tarpeesta ja hoidon toteutumisesta. Suurin osa tutkimuksista käsittelee sijaishuollon piirissä asuvia nuoria. Nämä tutkimukset tuovat osaltaan tärkeää tietoa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuuteen liittyvistä erityispiirteistä ja palvelujärjestelmän haasteista niiden kohtaamisessa.

Suomessa psykiatristen häiriöiden riski kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla on todettu nousseen 1990-luvulta 2000-luvulle tultaessa (Hukkanen ym. 2009). Pasasen (2001) tutkimuksessa lastenkodissa asuvista tytöistä 52 prosentilla ja pojista 60 prosentilla todettiin selkeä tai huomattava mielenterveyden häiriö. Hiitolan (2008, 31) selvityksessä havaittiin psyykkisen terveyden olevan huono 35 prosentilla lastensuojelun avohuollon asiakkaaksi tulevista lapsista ja nuorista. Huostaanottotilanteessa huono psyykinen terveys havaittiin 78 prosentilla. Tuoreesta suomalais-kanadalaisesta tutkimuksesta (Côté ym. 2018), jossa käytettiin aineistona vuonna 1987 syntyneiden suomalaisten lasten rekisteritietoja, tulee esiin, että kolmasosalle lapsuudessa sijoitetuista oli nuoruusiässä diagnosoitu jokin mielenterveyden häiriö. Saman ikäkohortin kaikista nuorista mielenterveyden häiriö diagnosoitiin joka kymmenennelle. Mannisen (2013) tutkimuksessa todettiin koulukotiin sijoitetuilla nuorilla esiintyvän merkitsevästi enemmän psykiatrisia oireita kuin väestöllä keskimäärin. Lehto-Salon (2011, 40) väitöskirjatutkimuksessa koulukotiin sijoitetuista nuorista 89 prosentilla todettiin mielenterveyden häiriö. Kestilän ym. (2012, 61) suomalaisesta rekisteripohjaisesta 1987 ikäkohorttia koskevasta seurantatutkimuksesta tulee esiin, että kodin ulkopuolisessa sijoituksessa olleilla henkilöillä on kohonnut todennäköisyys psykiatrisen erikoissairaanhoidon osasto- ja avohoitokontaktiin. Noin 60 prosentilla oli ollut jossain vaiheessa elämäänsä psykiatrisen avohoitokontakti ja lähes 40 prosentilla psykiatrian osastohoitojaksoja. Lähes puolet psykiatrisessa sairaalahoidossa olleista kodin ulkopuolelle sijoitetuista nuorista oli ollut psykiatrisessa osastohoidossa ennen ensimmäistä sijoitusta.

Myös muissa pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa havainnot lastensuojelun piirissä olevien lasten psykiatrisesta oireilusta ovat samansuuntaisia. Egelundin ja Lausten' (2009) tanskalaisia lapsia koskevassa tutkimuksessa todettiin sekä sijaishuollossa asuvilla että lastensuojelun asiakkuudessa olevilla kotona asuvilla lapsilla psykiatristen diagnoosien olevan paljon yleisempiä kuin lapsilla, jotka eivät ole lastensuojelun asiakkuudessa. Viidenneksellä lastensuojelun asiakkuudessa olevista lapsista oli ainakin yksi psykiatrisen diagnoosi, muilla lapsilla vain kolmella prosentilla. Norjalaisista lastensuojelulaitoksissa asuvista nuoruusikäisistä 76 prosentilla oli ainakin yksi psykiatrisen diagnoosi (Jozefiak ym. 2016). Myös kotona asuvilla norjalaisilla lastensuojelun asiakkaana olevilla lapsilla on todettu korkeampi mielenterveysongelmien riski kuin saman ikäisillä lapsilla keskimäärin. Joka toisella lastensuojelun asiakkaana olevalla lapsella todettiin huomattavia mielenter-

veysongelmia. Lähes 70 prosenttia lastensuojelun asiakaslapsista oli lasten tai nuorten mielenterveyspalveluiden asiakkuudessa kun vertailuryhmästä vain 3 prosenttia sai mielenterveyspalveluita. (Iversen ym. 2007.)

Eurooppalaiset ja yhdysvaltalaiset tutkimukset kertovat myös mielenterveysongelmien ja mielenterveyspalveluiden käytön yleisyydestä lastensuojelun asiakkuudessa olevilla lapsilla ja nuorilla. Bronsardin ym. (2011, 1886–1888) tutkimuksessa todettiin lähes 50 prosentilla ranskalaisista sijaishuollossa asuvista nuorista olevan ainakin yksin mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys oli sijaishuollossa asuvilla nuorilla kolme kertaa yleisempää kuin saman ikäisillä nuorilla keskimäärin. Espanjalaisessa tutkimuksessa (Sainero, Bravo & del Valle, 2014) 26 prosentilla sijaishuollossa olevista nuorista sai tai oli aikaisemmin saanut hoitoa mielenterveysongelmiin. Burns ym. (2004) sekä Leslie ym. (2004) ovat todenneet lastensuojelun tuen piirissä olevista yhdysvaltalaisista lapsista ja nuorista lähes puolella olevan selkeitä mielenterveydellisiä oireita. Burns ym. (2004) tutkimuksessa lastensuojelulaitoksissa asuvista nuorista mielenterveysongelmia esiintyi 87 prosentilla. Leslien ym. (2004) tutkimuksessa yli puolet tutkimuksen nuorista oli saanut mielenterveyspalveluita. Sullivanin ja van Zylin yhdysvaltalaisessa (2008, 781) tutkimuksessa 56 prosentilla 12–16 vuotiasta ja 46 prosentilla yli 16vuotiaista sijaishuollossa asuvista nuoruusikäisistä oli tunnistettu mielenterveyspalveluiden tarve.

Tarren-Sweeneyn (2008) mukaan sijoitetuilla lapsilla on tyypillisesti haasteita kiintymyssuhteissa, seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia, syömiseen liittyvää oireilua, itsetuhoisuutta, traumaperäistä ahdistuneisuutta, käytösongelmia, uhmakkuutta sekä tarkkaavuuden häiriöitä ja ylivilkkautta. Vuonna 1999 yli 60 prosentilla suomalaisen sijaishuollon piirissä elävistä lapsista todettiin sisäänpäin suuntautuvia eli internalisoivia psykiatrisia oireita (vetäytyminen, somaattinen oireilu, ahdistuneisuus, depressio) ja 70 prosentilla ulospäin suuntautuvia eli eksternalisoivia oireita (käyttöoireet: aggressiivisuus, rikollisuus) (Hukkanen ym. 2009). Metterin ja Kiurun (2014a) tutkimuksessa havaittiin käytöshäiriödiagnoosin yleisyys lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkailla. Muissa suomalaisissa tutkimuksissa on havaittu käytöshäiriödiagnoosin yleisyys sijaishuollon piirissä olevilla nuorilla. (Koponen ym. 2010, 4075–4076; Lehto-Salo 2011, 40; Manninen, 2013, 48–54).

Jozefiak ym. (2016) ovat todenneet masennus- ja ahdistusoireilun olevan lastensuojelulaitoksissa asuvilla yleisempää kuin käytösoireilu, mutta näiden kahden yhtäaikaisen esiintymisen olevan yleistä. Masennus- ja ahdistusoireet korostuivat tytöillä, pojilla käytösoireilu oli yleisempää. Vastentahtoisesti sijoitetuilla nuorilla käytöshäiriö oli kolme kertaa yleisempää kuin muilla. Iversen ym. (2007) ovat todenneet käytösoireilun olevan yleisin mielenterveyden ongelma myös kotona asuvilla lastensuojelun asiakkuudessa olevilla nuorilla. Käytösoireilun yleisyyden ovat todenneet myös Naylor, Anderson ja Morris (2003). Komorbiditeetin eli useamman kuin yhden mielenterveyden häiriön yhtäaikaisen esiintyvyyden on todettu olevan lastensuojelun asiakkuudessa olevilla lapsilla yleistä (Iversen ym. 2007, Jozefiak ym. 2016, Côté ym. 2018).

Tutkimuksissa kuvataan lastensuojelun asiakkaana olevien lasten ja nuorten haasteiden ja psykiatrisen oireilun monimutkaisuutta. Lastensuojelun asiakkaana oleville lapsille, erityisesti kodin ulkopuolelle sijoitetuille lapsille kuvataan kumuloituvan moninaisia kiintymyssuhteisiin ja sosiaaliseen ympäristöön liittyviä kuormitustekijöitä, jotka tuottavat lapsen kehitykseen kokonaisvaltaisesti vaikuttavan moninaisten oireiden kirjjon. (Naylor ym. 2003; Iversen ym. 2007; DeJong 2010.) DeJongin (2010) mukaan oireilun ja ongelmien monimuotoisuutta on vaikeaa luokitella perinteisten psykiatristen diagnoosien avulla. Seurauksena sijoitettujen lasten kokemia vaikeuksia ei tunnisteta asianmukaisesti eivätkä he saa oireidensa edellyttämään kokonaisvaltaista hoitoa. Myös Golding (2010) on todennut, että sijoitettujen lasten ja nuorten moninaiset tarpeet kohdataan huonosti mielenterveyspalveluissa.

Nuorten oireilun tunnistamisessa on todettu olevan haasteita myös nuorisokotien arjessa. Mannisen (2013) mukaan vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, psykoosiriskioireet ja varsinkin poikien masennusoireet jäivät koulukodin arjessa helposti tunnistamatta. Jozefiak ym. (2016) toteavat vastentahtoisesti sijoitettujen nuorten usein kärsivän ahdistusoireista, jotka jäävät huomaamatta tai huomioimatta päällimmäisenä näyttäytyvän käytösoireilun vuoksi. Naylorin ym. (2003) mukaan sijaishuollon piirissä olevat lapset oireilevat usein rajujen käytösongelmien lisäksi sekä itseen ja muihin kohdistuvalla aggressiolla, mikä tekee näiden nuorten hoitamisesta vaikeaa laitososuhteissakin. Heillä on usein taustallaan toistuvia psykiatrisia osastojaksoja ja useita sijoituspaikan vaihdoksia. Koponen ym. (2010, 4073–4077) ovat sijaishuollossa olevien nuorten psykiatrista hoitoa käsittelevässä tutkimuksessaan todenneet, että sijaishuollon piirissä olevat nuoret tulevat nuorisopsykiatrian

kriisiosastolle muita nuoria useammin M1-tarkkailulähetteellä, vaikka heidän psykiatrinen häiriönsä ei olisi niin vakava kuin muualta tulleiden nuorten. He näkevät tämän kaltaisiin kriisitilanteisiin päätyminen olevan seurausta sijaishuollossa olevien nuorten psykiatrisen hoidon tarpeen kohtaamattomuudesta.

Puustinen-Korhosen (2018) mukaan suomalaisessa Lastensuojelun 2017 kuntakyselyssä tuli esiin lastensuojelun asiakaslasten mielenterveyspalveluiden heikko saatavuus. Kyselyssä kolmannes lastensuojelun järjestäjäorganisaatioista oli arvioinut sijoittavansa lapsia usein kodin ulkopuolelle, koska lapsen mielenterveyspalvelut eivät jostain syystä ole järjestyneet. 13 prosenttia vastaajista oli arvioinut, että lasten tarvitsemat mielenterveyspalvelut jäävät useimmiten kokonaan saamatta. Lähes puolet vastaajista oli arvioinut tarvittavien palvelujen olevan saatavilla, mutta niiden järjestämisen olevan aikaa vievää ja vaikeaa. Myös yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa (Burns ym. 2004; Sullivan & van Zyl 2008) on todettu haasteita lastensuojelun asiakkuudessa olevien lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsyssä.

Puustinen-Korhonen (2018) toteaa nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun rajapinnan ongelmien kestäneen jo vuosikymmeniä, ja että viimeisen viiden vuoden aikana tilanne vaikuttaa entisestään huonontuneen. Kyselyssä tuli esiin lastensuojelun järjestäjätahojen kokemus, että sijoituksista etsitään usein ratkaisua silloin, kun terveydenhuollon hoitopaikat ovat täynnä tai kiinni. Esiin tuli myös näkemys siitä, että psykiatrian resurssipulaan liittyen asiakasvirta suuntautuu lastensuojeluun. Puustinen-Korhonen tuo esiin, että kysymyksessä näyttää olevan pitkän ajan kuluessa palvelujärjestelmään rakentunut ja syvään juurtunut hoitokäytäntö, johon ei lainsäädännön keinoin pystytä vaikuttamaan. Hän näkee muutostarpeen todeten, ettei nykyinen käytäntö ole toimiva inhimilliseltä kannalta eikä myöskään kustannustehokkuuden kannalta. Sijaishuollon kustannukset ovat erittäin korkeita, vuosittain kunnat käyttävät siihen lähes 750 miljoonaa euroa. (Puustinen-Korhonen 2018.)

Sekä Jozefiak ym. (2014) että Bronsard ym. (2011) suosittelevat, että kaikilta lastensuojelun asiakkaaksi tulevilta lapsilta ja nuorilta kartoitettaisiin systemaattisesti mielenterveysongelmien esiintyvyys, erityisesti viimeistään ennen lastensuojelulaitokseen sijoittamista. Myös Burns (2004, 968) toteaa, että lasten ja nuorten mielenterveyden arviointi ja psykiatriseen hoitoon pääsy pitäisi laittaa etusijalle heti lastensuojeluasiakkuuden alkaessa. Naylo-

rin ym. (2003) mukaan Yhdysvalloissa on sijaishuollossa asuvien nuorten saamien mielenterveyspalveluiden laadun parantamiseen tähtäävän kehittämishankkeen tuloksena saatu merkittävästi vähennettyä nuorten psykiatrisen osastohoidon tarvetta ja onnistuttu parantamaan nuorten elämänlaatua. Burns ym. (2004) näkevät suuremmalla mielenterveyspalveluiden käytöllä voitavan ehkäistä lastensuojelun sijoituksen tarvetta.

Kiuru ja Metteri (2014b, 158) esittävät, että yhteisasiakkuuksista puhuttaessa puhutaan samalla myös yhteisasiakkuusilmiön taustalla olevan verkoston toiminnasta. He tuovat esiin tarpeen jatkaa asiakkuuksien ja palvelujärjestelmän nivelkohtien tutkimista. Lastensuojelun piirissä olevien psykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten tehokkaaksi auttamiseksi on todettu tarvittavan heidän problematiikkansa erityispiirteet tunnistavia erityispalveluita ja tiivistä moniorganisatorista yhteistyötä. (Taipale 2006, 171; Golding 2010; Koponen ym. 2010).

Taipaleen (2006, 171) mukaan nuoren asiakkuus joko nuorisopsykiatrialla tai lastensuojelussa määräytyy usein ensimmäiseksi esiin tulevan ongelman perusteella. Ongelman määrittelyyn vaikuttaa, kuka ongelmaan puuttuu ja mistä orientaatiosta käsin. Monigelmaisen nuoren tilanteeseen puuttuminen ja kokonaisvaltainen auttaminen edellyttää toimijoiden yhteistyötä, jossa tiedon siirtyminen organisaatioiden välillä on tärkeää. Toimintakäytännöt lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yksiköissä voivat olla erilaisia ja yhteistyökumppanien työtapojen ja -olosuhteiden tuntemus on usein puutteellista, joten yksiköiden välinen avoin keskustelu on tärkeää asianmukaisen auttamistyön onnistumiseksi. (Taipale 2006, 171.) Myös Norman ja Axelsson (2007, 532) toteavat yhteistyön voivan olla tehokas strategia työskenneltäessä sellaisten asiakkaiden kanssa, jotka käyttävät hyvinvointipalvelujärjestelmän useamman eri yksikön palveluja. Yksiköiden välisen yhteistyön toteuttaminen vaatii aikaa ja resursseja. Organisaatorajat ylittävässä eri yksiköiden välisessä yhteistyössä yksiköiden organisatoriset ja kulttuuriset eroavaisuudet sekä rajalliset resurssit vastata asiakkaiden tarpeisiin voivat muodostua yhteistyön esteiksi. Eri toimijoiden keskinäiset hyvät suhteet ja sitoutuminen yhteistyöhön puolestaan helpottavat yhteistyön tekemistä.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuutta sekä lastensuojelun piirissä olevien nuorten psykiatrista problematiikkaa käsittelevien tutkimusten kautta on todettavissa, että sekä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhtäaikaisen avun tarpeessa olevat nuoret muo-

dostavat monin tavoin erityisen haavoittuvaisessa asemassa olevan ryhmän. Heidän kokemansa haasteet ovat monimuotoisia ja monimutkaisia, eikä sektoroitunut palvelujärjestelmä välttämättä tunnista heidän avuntarvettaan kokonaisvaltaisesti. Yksittäisellä palvelujärjestelmän toimijalla ei välttämättä ole riittävästi osaamista ja resursseja heidän auttamiseensa. Metteri (2012, 116) on tutkinut etuus- ja palvelujärjestelmässä syntyviä asiakkaan kannalta kohtuuttomia tilanteita. Hän toteaa sosiaaliturvan väliinpuutamisten syntyvän osaltaan siitä, kun sosiaaliturvan eri osajärjestelmät määrittelevät ihmisten tilanteita keskenään ristiriitaisilla tavoilla eikä kokonaisvastuuta ihmisen tukemisesta ja hänen tilanteensa seurannasta ota kukaan ammattihenkilö tai organisaatio kantaakseen. Hän nimittää kokonaisvastuun puuttumista järjestelmän välinpitämättömyydeksi. Näen Metterin kuvaaman väliinpuutamisen vaaran piilevän myös lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa olevien nuorten auttamistyössä. Koen oman kysymyksenasetteluni auttamisvastuun jakautumisesta keskeiseksi ja tärkeäksi tässä kontekstissa.

3 MONIAMMATILLINEN ASiantuntijuus

Tässä luvussa esittelen tutkielmani teoreettiset ja käsitteelliset paikannukset. Tuon esiin erilaisia tapoja kuvata moniammatillista asiantuntijuutta ja yhteistyötä. Esittelen teoreettisia malleja, joiden kautta moniammatillista yhteistyötä, sen kehittymistä ja syvyyttä on mahdollista jäsentää ja analysoida. Lopuksi käsittelen rajatyön ja auttamisvastuun teemoja ja niiden merkitystä tutkielmassani.

3.1 Moniammatillinen asiantuntijuus ja yhteistyö

Tutkielmani teoreettinen viitekehys rakentuu moniammatillisen asiantuntijuuden käsitteen ympärille. Moniammatilliseen asiantuntijuuteen liittyviä keskeisiä käsitteitä ovat jaettu asiantuntijuus ja moniammatillinen yhteistyö. Asiantuntijuutta on tutkimuksissa tarkasteltu monenlaisista näkökulmista käsin ja määritelty eri tavoin. Tutkielmani fokus on profession välisessä moniammatillisessa asiantuntijuudessa ja erityisesti siinä, miten se tulee näkyväksi asiakirjateksteissä. Muut asiantuntijuuden lajit kuten esimerkiksi kokemusasiantuntijuus jäävät tarkasteluni ulkopuolelle. Tutkielmassani näen moniammatillisen yhteistyön välineenä ja työtapana lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa olevien nuorten auttamistyössä. Isoherranen (2008, 34) on määritellyt sosiaali- ja terveysalalla tehtävää moniammatillista yhteistyötä kuvaamalla sitä asiakas-/potilaslähtöiseksi työskentelyksi, jossa huomiota kiinnitetään potilaan elämän kokonaisuuteen sekä hänen hoitopolkuunsa. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen yhteisessä tiedonkäsittelyssä. Asiakkaan/potilaan tilanteesta, ongelmien ratkaisusta ja tarvittavista toimenpiteistä rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys. Eri toimijat sopivat yhdessä toimintaperiaatteista, joiden mukaan tiedon kokoaminen yhteen toteutetaan.

Launiksen (1994, 6) mukaan asiantuntijuuden eri määritelmille on kuitenkin yhteistä erityisosaamisen korostaminen. Asiantuntijuudella voidaan katsoa olevan sekä vertikaalinen eli yksilöllinen että horisontaalinen eli kollektiivinen ulottuvuus. Perinteisesti asiantuntijuutta on tarkasteltu yksilöasiantuntijuuden näkökulmasta, vertikaalisesta ulottuvuudesta. Vertikaalisessa asiantuntijuudessa korostuvat yksilön tiedollinen ja taidollinen osaaminen

sekä hänen persoonalliset ominaisuutensa. (Launis 1997, 122–123.) Vertikaaliseen asiantuntijuuteen liittyy profession käsite, jolla viitataan ammattikuntiin, joiden edustajat soveltavat työssään erikoistunutta tieteellistä tietoa. Professionaalinen asiantuntijatyö on tieteen soveltamista käytännön kentällä. Työn kohdetta hahmotetaan ja jäsennetään abstraktien teorioiden ja systemaattisten mallien pohjalta. Profiessiot perustuvat koulutukseen ja tutkimukseen, joten asiantuntijuus on organisoitunut ammatilliseksi monopoliksi. (Konttinen 2007, 48–52.)

Yhteiskunnan ongelmien monimutkaistuminen ja yhteen kietoutuminen sekä ongelmien keskinäisten yhteyksien muuttuminen yhä vaikeammin näkyviksi asettavat haasteita perinteiselle erikoistuneelle ja kapea-alaiselle professionaalille asiantuntijuudelle (Launis 1997, 122). Pohjolan (1999, 110) mukaan moniammatillinen työskentely, yhteistoiminta, tiimityö ja verkostot ovat jo 1990-luvulla nousseet hyvinvointipalveluiden avainkäsitteiksi. Niiden kautta on pyritty hakemaan sektoroituneeseen palvelujärjestelmään joustavuutta ja moniulotteisuutta. Ammatillista työtä pyritään vahvistamaan yhdistämällä erilaista asiantuntemusta. Tavoitteena on myös asiakaspalvelun laadun parantaminen tuomalla yhteen eri ammattien ja organisaatioiden osaamista. Asiantuntijatyössä ei ole enää mahdollista pysytellä ainoastaan perinteisillä tieteenalakohtaisesti rakentuneilla asiantuntemuksen reviiereillä vaan asiantuntijatyöltä edellytetään rajojen ylittämistä. Horisontaalisen asiantuntijuuden käsite tarjoaa laajemman ja monipuolisemman näkökulman asiantuntijuuteen. Horisontaalinen asiantuntijuus rakentuu vuorovaikutuksen ja yhteistyön kautta. (Launis 1997, 122–125.)

Vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön perustuvasta asiantuntijuudesta käytetään kotimaisessa tutkimuskirjallisuudessa käsitteitä ositettu asiantuntijuus, jaettu asiantuntijuus, kollektiivinen asiantuntijuus ja yhteistoiminnallinen asiantuntijuus (Launis 1994; Pohjola 1999, 110–128; Lehtinen & Palonen 2007; Hakkarainen, Lallimo & Toikka 2012). Näiden käsitteiden voidaan katsoa viittaavaan samaan asiaan, ja tutkielmassani käytän selkeyden ja johdonmukaisuuden vuoksi jaetun asiantuntijuuden käsitettä. Hakkarainen ym. (2012) kuvaavat jaetun asiantuntijuuden käsitteellä asiantuntijuutta, jossa yhdistyvät yksilölliset, yhteisölliset ja verkostoituneet ulottuvuudet. Heidän mukaansa yhtenäinen kokonaiskuva asiantuntijuudesta edellyttää tarkastelua sekä yksilöllisenä tiedonhankintana, kulttuuriin osallistumisena että yhteisöllisenä tiedonluomisena. Lehtisen & Palosen (2007, 116) mukaan jaettu

asiantuntijuus tarkoittaa useamman henkilön ja ympäristön hallitseman osaamisen yhdistelmää.

Jaettuun asiantuntijuuteen kuuluu olennaisena osana moniammatillisuus, jossa pyrkimyksenä on kehittää asiantuntijuutta yhdistämällä erilaista asiantuntemusta (Launis 1997, 125). Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa eri tieteenaloja integroivaa moniammatillista toimintaa kuvataan termeillä monitieteisyys (multidisciplinary), tieteidenvälisyys (interdisciplinary) ja poikkitieteellisyys (trans/crossdisciplinary). Monitieteisessä tutkimuksessa tiedeet ovat rinnakkain, eikä tieteenalojen välillä ole vuorovaikutusta. Tieteidenvälisyudessa tiedeenalat tuodaan tutkimusprosessissa yhteen ja niiden väliset rajat hämärtyvät. Käytössä ovat usean tieteenalan käsitteet, näkökulmat, teoriat ja menetelmät. Poikkitieteisyys puolestaan on tutkimuksessa yhteistyömuoto, joka luo uusia metodologisia ja teoreettisia viitekehyksiä. (Klein 2010, 1–22.) Käytännön kentän moniammatillista työskentelyä kuvataan erilaisilla näistä termeistä johdetuilla käsitteillä. Tässä tutkielmassa huomio on organisaatioiden välisessä yhteistyössä, johon viitataan kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa termeillä inter-organizational collaboration (Palinkas ym. 2012), interagency/inter-agency collaboration (Darlington & Feeney 2008; McLean 2012), cross-institutional cooperation (Mack ym. 2017) ja multi-agency working (Golding 2010).

Moniammatilliseen asiantuntijuuteen liitetään osaamista, jossa luodaan uutta yhdessä toisten asiantuntijoiden kanssa. Moniammatillisen työryhmän tuottamat ratkaisumallit syntyvät erilaisuutta hyödyntäen ja erilaista osaamista täydentäen. (Isoherranen 2005, 21–22, 161.) Sarja (2011, 96) toteaa yhteisesti jaetun tietämyksen muotoutumisessa ensisijaista olevan eri asemassa olevien osapuolten kyky liikkua rajapinnoilla, kohdata erilaisuutta ja ylittää oman kulttuurinsa rajoja. Moniammatillisessa työskentelyssä yksittäisten asiantuntijoiden työstä tulee julkista ja näkyvää. Neuvottomuus ja osaamattomuus vaikeissa tilanteissa sekä työhön kätkeytetyt salaisuudet tulevat muiden arvioitavaksi. (Pohjola 1999, 110.) Edellä viitattuja tutkijoita mukaillen tarkoitan moniammatillisella yhteistyöllä tutkielmassani eri toimijoiden asiantuntijuuden, osaamisen ja resurssien yhteensovittamista sekä työskentelyä yhteisen tavoitteen ja päämäärän hyväksi. Yhteistyössä jaettu toimijuus ei tarkoita pelkästään tietojen vaihtamista, vaan eri osapuolet rakentavat yhteisen, kokonaisvaltaisen ymmärryksen tilanteesta ja sitoutuvat toimimaan yhdessä määritellyn päämäärän saavuttamiseksi.

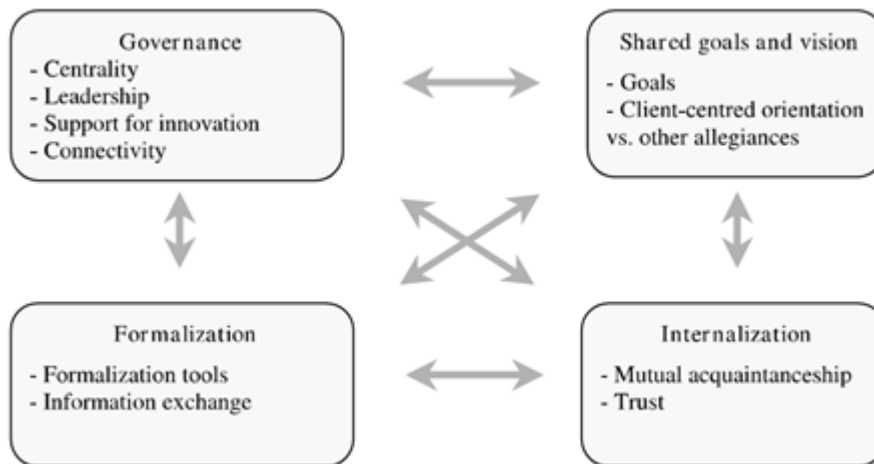
Moniammatillisuus merkitsee erilaisten todellisuuksien ja kielten yhteensovittamista. Ammatillaiset tuovat kukin mukanaan yhteistyöprosessiin erilaiset ammatilliset kulttuurit, kielet, roolit ja velvollisuudet. Eri ammattien orientaatioista käsin yhteistyön horisontit piirtyvät eri suunnista, ja samaan ilmiöön tuotetaan monta eri näkökulmaa. Tämä on moniammatillisen työskentelyn voimavara mutta haasteeksi muodostuu erilaisten todellisuuksien tulkintojen ymmärtäminen. Moniammatillisen yhteistyön kriittinen kohta ovat erilaiset ammattikielet ja erilaiset ilmiöiden tulkinnat. Ammattikielet muodostavat erilaisia virastokielen murteita, joissa tulevat näkyväksi erot ammatillisissa ideologioissa ja orientaatioissa. Eri asiantuntijat puhuvat samasta ilmiöstä, mutta sen tulkinta ja sitä kuvaava kieli ovat erilaisia. (Pohjola 1999, 112, 120; Golding 2010, 582; Palinkas ym. 2012, 74) Van den Steene ym. (2018) korostavat menestyksellinen moniorganisatorinen yhteistyön edellyttävän arvojen kirkastamista sekä yhteisen toimintafilosofian ja tavoitteiden muodostamista. Heidän mukaansa eri organisaatioiden toisistaan poikkeavat tavoitteet ja näkemykset asiakkaan ongelmista muodostavat suurimman esteen lasten ja nuorten moniammatilliselle auttamistyölle.

3.2 Moniammatillisen yhteistyön teoreettisia mallinnuksia

D`Amour ym. (2005, 116–119) ovat meta-analyysissään tarkastelleet moniammatillisesta yhteistyötä terveydenhuollon kentällä. He löysivät aikaisemmista tutkimuksista viisi ulottuvuutta, joiden kautta moniammatillista yhteistyötä yleensä kuvataan: jakaminen (sharing), kumppanuus (partnership), valta (power), keskinäinen riippuvuus (interdependency) ja kehittyvä prosessi (evolving process). Jakamisella viitataan vastuun jakamiseen, jaettuun päätöksentekoon, arvojen jakamiseen, yhteiseen filosofiaan, jaettuun tietoon, jaettuun suunnitteluun ja toimintaan ja eri asiantuntijoiden näkökulmien jakamiseen. Kumppanuuteen sisältyy eri toimijoiden sitoutuminen yhteistyöhön, jolle on tunnusomaista aitous ja rakentavuus. Tällainen suhde edellyttää kollegiaalista suhdetta, avointa ja rehellistä kommunikaatiota, keskinäistä luottamusta ja toisten asiantuntijoiden osaamisen kunnioittamista. Yhteistyö edellyttää keskinäistä riippuvuutta enemmän kuin jokaisen toimijan autonomisuutta. Keskinäisen riippuvuuden taustalla on yhteinen tahto tarttua asiakkaan tarpeisiin, jotka ovat muuttuneet yhtä monimutkaisemmiksi. Eri toimijat tunnistavat keskinäisen riippuvuuden tuomat synergiaedut. Yhteistyössä kokonaisuudesta kasvaa enemmän kuin

osiensa summa. Kun yhteistyössä toteutuu kumppanuus, valta jakautuu yhteistyöhön osallistuvien jäsenten kesken. Valta perustuu eri asiantuntijoiden tietoon ja kokemukseen ja syntyy tiimin jäsenten välisissä suhteissa ja vuorovaikutuksessa. Yhteistyö nähdään myös kehittyvänä prosessina, joka on luonteeltaan dynaaminen ja interaktiivinen. Yhteistyöprosessi edellyttää ammatillisten rajojen ylittämistä. (D'Amour ym. (2005, 116–119.)

D'Amour ym. (2008) kuvaavat moniammatillisen yhteistyön strukturaatiomallia, jonka avulla on mahdollista arvioida ja analysoida moniammatillisen ja organisaatioiden välisen yhteistyön syvyyttä ja toimivuutta. Mallissa huomioidaan rakenteelliset tekijät, mutta fokus on yksilöiden välisissä suhteissa sekä niiden ja organisatoristen ulottuvuuksien välisessä vuorovaikutuksessa. Mallissa paikallisen toiminnan nähdään olevan seurausta eri toimijoiden käyttämisestä strategioista ja niiden virallistumisesta vakiintuneiksi käytännöiksi. Yhteistyöprosessin rakentuminen on vaiheittain etenevä, dynaaminen ja aktiivisesti kehittyvä kokonaisuus. Moniammatillisen yhteistyön nähdään tarjoavan mahdollisuuden ammatillisten rajojen ylittämiseen. Mallissa eri toimijoiden välistä yhteistyötä tarkastellaan neljällä eri ulottuvuudella, kymmenen eri indikaattorin mukaan (kuvio 1). Neljä ulottuvuutta ovat jaetut päämäärät ja visio (shared goals and vision), toiminnan ja tavoitteiden sisäistäminen (internalization), johtaminen/hallinta (governance) ja toiminnan virallistaminen (formalization). Kaksi ensimmäistä tarkastelun ulottuvuutta kohdistuvat yksilöiden välisiin suhteisiin ja kaksi jälkimmäistä organisaation ominaisuuksiin. Jaettuihin päämääriin ja visioon liittyvät indikaattorit ovat tavoitteet ja asiakaskeskeinen orientaatio vs. muut orientaatiot. Sisäistämistä kuvaavia indikaattoreita ovat vastavuoroinen suhde ja luottamus. Johtamisen indikaattoreita ovat keskittäminen, johtajuus, innovoinnin tukeminen ja kyky liittää toimijat yhteen, ja virallistamisen indikaattoreita virallistamisen työkalut ja tiedon jakaminen.



Kuvio 1. The four-Dimensional Model of Collaboration. D'Amour ym. (2008)

D'Amour ym. (2008) ovat testanneet ja kehittäneet malliaan terveydenhuollon eri organisaatioiden välisen yhteistyön analysoimiseen. Kehittämistyön tuloksena he päätyivät kolmetasoiseen yhteistyön intensiivisyyttä kuvaavaan typologiaan: aktiivinen yhteistyö, kehittyvä yhteistyö ja mahdollinen yhteistyö. Aktiivisen yhteistyön tasolla yhteistyö on vakiintunutta, osapuolilla on yhteiset tavoitteet, tunne yhteenkuuluvuudesta, keskinäinen luottamus ja yksimielisyys johtamisen tavoista ja säännöistä. Työskentely pohjautuu monitieteiseen ja moniorganisatoriseen vastuunkantoon ja innovatiivisiin työtapoihin. Kehittyvän yhteistyön tasolla muutos tapahtuu hitaasti, mutta etenemistä tapahtuu aktiivisen yhteistyön suuntaan. Kehittyvässä vaiheessa yhteistyö ei ole vielä sisäistynyt toiminnan perustaksi. Tavoitteista, yhteistyökumppaneiden välisistä suhteista, johtamistavoista ja toiminnan virallistamisesta ei ole vielä onnistuttu muodostamaan yhteistä näkemystä. Yhteistyöhön liittyy vielä epävarmuutta, eivätkä tuotetut palvelut ole niin tehokkaita kuin ne voisivat olla. Mahdollisen yhteistyön tasolla yhteistyötä ei käytännössä vielä ole tai sen kehittäminen on estynyt erilaisten vakavien konfliktien vuoksi. Seurauksena asiakkaiden voi olla vaikea päästä palveluihin tai palveluilla ei ole jatkuvuutta. Ratkaisujen löytäminen erimielisyyksiin on edellytyksenä yhteistyön kehittymiselle.

Hodges, Hernandez ja Nesman (2003) korostavat D'amourin ym. (2008) tavoin yhteistyöprosessin kehittyvää luonnetta. He kuvaavat viisiportaista yhteistyön kehittymisen mallia, joka perustuu lapsiperheiden palveluiden kehittämistyössä mukana olleiden perheiden, palveluntuottajien, päättäjien ja muiden yhteisön jäsenten kokemuksiin yhteistyöstä. Projektin

tavoitteena on ollut kehittää lapsiperheiden palveluja tuottavien organisaatioiden välistä yhteistyötä erityisesti vakavasti oireilevien lasten ja heidän perheidensä auttamistyössä.

Yhteistyömallin ensimmäisellä portaalla fokus on organisaation sisäisessä toiminnassa eikä yhteistyöhön ole vielä ryhdytty. Tätä nimitetään erillisen toiminnan vaiheeksi (individual action). Tässä vaiheessa eri organisaatiot työskentelevät itsenäisesti asiakkaiden asioissa. Palvelut ovat pirstaleisia ja ne rahoitetaan organisaatiokohtaisesti. Organisaatiot toimivat erilaisilla lähtökohdilla ja niillä on keskenään erilainen palvelufilosofia. Siirtymä seuraavalle portaalle käynnistyy muutoksen tarpeen tunnistamisesta. (Hodges ym. 2003.)

Toisella portaalla eri organisaatioiden yksittäiset työntekijät ovat kontaktissa toisiinsa (one-on-one) tarkoituksenaan hoitaa tietyn lapsen tai perheen asioita. He pyrkivät löytämään ratkaisua johonkin tiettyyn ongelmaan. Tässä vaiheessa yhteistyö voi laajentua koskemaan isompaa työntekijäryhmää, ja johtajat voivat ottaa vastuulleen prosessin viemisen eteenpäin. Tässä vaiheessa osapuolet tulevat tietoisiksi organisaatioidensa eroavaisuuksista, ja että organisaatiot puhuvat keskenään eri kieltä. Siirtymä seuraavalle portaalle käynnistyy, kun eri osapuolet tunnistavat yhteistyön tuoman potentiaalisen palveluiden kehittämiselle. (Hodges ym. 2003.)

Kolmannella portaalla siirrytään uusien palveluiden kehittämiseen (new service development). Eri osapuolet ottavat riskejä ja jakavat niitä keskenään tavoitteenaan kehittää uusia tapoja tuottaa palveluita. Keskinäinen luottamus eri organisaatioiden välillä sekä ymmärrys yhteistyökumppaneiden mahdollisuuksista ja rajoista kasvavat. Tässä vaiheessa tapahtuu siirtymä organisaatiokeskeisestä ajattelusta lapsikeskeisempään lähestymistapaan palveluiden tuotannossa. Yhteistyön tavoitteet selkiytyvät ja siirtymä seuraavaan vaiheeseen käynnistyy, kun käyttöön otetaan virallinen organisaatioiden välinen yhteistyörakenne. (Hodges ym. 2003.)

Neljännellä portaalla siirrytään ammattilaisten yhteistyön vaiheeseen (professional collaboration). Tässä vaiheessa yhteistyö toteutuu organisaation tasolla, laajemmalla kehitysprosessin tasolla sekä palveluiden tuottamisen tasolla. Tässä vaiheessa yhteistyöhön kuuluvat jaettu päätöksenteko, vakiintuneet suuntaviivat ja ohjeistukset sekä yhteinen palveluntuo-

tannon rahoitus. Lopputuloksena eri organisaatiot jakavat yhteisen vision ja yhteisen tehtävän. Tätä kautta mahdollistuu lasten ja perheiden kokonaisvaltainen auttamistyö. (Hodges ym. 2003.)

Siirtymä viidennelle, todellisen yhteistyön (true collaboration) tasolle edellyttää, että työntekijät ja organisaatiot tunnistavat lapsen kokonaisvaltaisen kohtaamisen tärkeyden. Todellisen yhteistyön tasolla myös perheet osallistetaan yhteistyöhön tasavertaisina kumppaneina. Myös perheiden osallisuutta kuvataan mallissa kehittyvänä: Ensimmäisessä vaiheessa perheet osallistuvat päätöksentekoon omien lastensa palveluista. Toisessa vaiheessa perheiden osallisuus toteutuu myös laajemmassa päätöksenteossa palveluiden suunnittelusta ja tuottamisesta yhteisön tasolla. (Hodges ym. 2003.)

D'Amourin ym. (2005) yhteistyön ulottuvuuksia käsittelevässä jäsennyksessä, D'Amourin ym. (2008) yhteistyön strukturaatiomallissa ja Hodgesin ym. (2003) kehittyvän yhteistyön viisiportaisessa mallissa on monia yhtymäkohtia. Jakamisen, kumppanuuden, vallan, keskinäisen riippuvuuden ja kehittyvän prosessin ulottuvuudet tulevat esiin sekä D'Amourin ym. (2008) strukturaatiomallissa että Hodgesin ym. (2003) viisiportaisessa mallissa. Molemmat mallit huomioivat työntekijätasolla yksilöiden väliset suhteet ja organisaatiotasolla organisaation ominaisuuksiin liittyvät tekijät. D'Amourin ym. (2008) kolmivaiheinen typologia on hyvin samansuuntainen kuin Hodgesin ym. (2003) erottelemat yhteistyön kehittymisen viisi vaihetta. Molemmissa lähdetään liikkeelle tasolta, jossa yhteistyötä ei vielä ole. Seuraavassa vaiheessa lisätään luottamusta ja ymmärrystä organisaatioita yhdistävistä ja erottelevista tekijöistä, jäsennetään yhteistä tavoitetta ja neuvotellaan toimintamalleista. Kehittyneemmällä tasolla omaksutaan yhteinen tavoite ja toimintakulttuuri. Mallit eroavat selkeimmin toisistaan siinä, että Hodges ym. (2003) korostavat asiakkaiden vahvaa osallisuutta kaikkein intensiivisimmän tason, todellisen yhteistyön edellytyksenä.

D'Amour ym. (2008) tuovat esiin jatkotutkimuksen tarpeen sen selvittämisessä, soveltuuko strukturaatiomalli myös eri sektoreiden välisen yhteistyön tarkastelemiseen. Mallia voisi hyödyntää kahden erilaisista auttamistyön perinteistä lähtevän organisaation yhteistyön tutkimisessa, kuten esimerkiksi lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian. Tässä tutkielmassa hyödynnän mallia aineiston analyysissä soveltuvien osien. Potilasasiakirja-aineiston kautta on mahdollista kiinnittää huomiota yksilöiden välisiä suhteita kuvaaviin tekijöihin (jaetun

päämäärän ja vision indikaattorit eli tavoitteet ja asiakaskeskeinen orientaatio sekä sisäistämisen indikaattorit eli vastavuoroinen suhde ja luottamus). Organisaatioiden ominaisuuksia ei tällaisella aineistolla ole juurikaan mahdollista tarkastella. Samoin tarkastelen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyötä aineistossa Hodgesin ym. (2003) viisiportaisen mallin avulla niiden tekijöiden osalta, jotka tulevat potilasasiakirjoissa näkyväksi.

3.3 Rajatyö ja auttamisvastuu

Raja on keskeinen käsite moniammatillisessa yhteistyössä, sillä moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa ja tuloksellisuudessa ei ole kysymys ainoastaan niistä henkilöistä, jotka yhteistyön äärelle asettuvat. Tutkielmassani haluan korostaa moniammatillisen yhteistyön tekemiseen olennaisesti liittyviä organisaatioiden määrittelemiä rajoja ja mahdollisuuksia. Mertalan (2011, 139–140) mukaan organisatoriset ja työnjaolliset rajat antavat luvan olla piittaamatta toisen organisaation asioista. Nämä rajat eivät kannusta organisaatioiden väliin yhteistyöhön tai kokonaisuuksien ymmärtämiseen ja vastuun ottamiseen niistä. Rakenteet eivät auta tulkitsemaan asiakastilanteita yhteisellä tavalla, joten yhteistyössäkin on vaikea ottaa vastuuta muusta kuin omasta tehtävästä.

Palvelujärjestelmän sisällä on eritasoisia rajailmiöitä nuorten auttamistyön verkostoissa työryhmien, yksiköiden ja organisaatioiden välillä. Tutkielmassani keskeinen raja on institutionaalinen raja lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian organisaatioiden välillä. Kiuru ja Metteri (2014b) ovat tutkineet instituutioiden välisen rajan rakentumista nuorisopsykiatrisen sairaalan ja lastensuojelun välillä. He esittävät, että nuorten auttamistyössä verkostoon syntyvä raja on oma rakenteensa. Työn- ja vastuunjaon käytännöistä sekä tehtäväalueisiin sisältyvästä yhteistyöstä syntyy uusi rakenne, yksiköiden sisäisistä asiakkuuksista eriytyvä asiakkuusprosessi. Asiakkuusprosessi sisältää molempien auttamistyön osapuolien tehtävän määrittelemistä ja yhteistoimintaa. Kukin organisaatio joutuu toistuvasti luomaan uudelleen suhdetta ympäristöönsä yhteisten asiakkaiden auttamistyössä. Yhteinen tehtäväalue tunnustetaan ja sitä määritellään yhdessä työnjaon ja yhteistyön keinoin. Samanaikaisesti yksiköiden perustehtävien rajat säilyvät. Osa tehtäväalueista on lähempänä rinnakkaisen yksikön tehtäväaluetta, osa taas sisältää molempien yksiköiden perustehtävän toteuttamista

tavalla, jossa ensisijaista vastuunottajaa ei ole mahdollista erottaa. (Kiuru & Metteri 2014b, 162–186.)

Kiurun ja Metterin (2014b) tutkimuksessa löydettiin neljä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrin välisessä toiminnassa syntyvää tehtäväaluetta: nuoren turvaaminen, tilanteen pysäyttäminen ja kriisityö, arjen tukeminen sekä perheen auttaminen. Turvaamisen tehtäväalueeseen liittyvät sekä nuoren yksilölliset asiat että hänen ympäristöönsä liittyvät tekijät kuten perhetilanne ja laajempi sosiaalinen ympäristö. Turvaaminen voi liittyä kasvun ja kehityksen edellytyksiin yleisellä tasolla mutta myös akuutteihin uhkaaviin tai väkivaltaisiiin tilanteisiin. Tilanteen pysäyttämisen ja kriisityön tehtäväalue liittyy hallitsemattomiin tilanteisiin, joihin verkosto reagoi nopeasti. Keskeistä on akuutti tarve nuoren elämän rauhoittamiselle. Arjen tukemisen tehtäväalueeseen liittyvät keskeisesti arjen struktuurit ja asumisolosuhteet. Asumisolosuhteilla viitataan kotiin ja sijoituspaikkaan. Arjen struktuurit sisältävät kouluympäristön, kaverit, harrastukset ja nuoren käytösongelmat, jotka vaikeuttavat arjesta selviytymistä. Perheen auttamisen tehtäväalueella keskeistä on reagoiminen vanhempien avuntarpeeseen, kuten vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmiin, keinottomuuteen ja uupumukseen. (Kiuru & Metteri 2014b, 173–185.)

Edwards (2011, 34–35) määrittelee rajatilojen (boundary spaces) olevan paikkoja, joissa eri asiantuntijoiden resurssit tuodaan yhteen, jotta monisyisistä asioista saadaan muodostettua laajempi näkemys. Rajatiloissa eri toimijoiden ei ole tarkoitus oppia tekemään toistensa työtä vaan saavuttaa riittävä ymmärrys muiden toimijoiden työn tarkoituksesta ja käytännöistä. Rajatilat ovat tärkeitä eri toimijoiden yhteisen tiedon syntymiselle. Rajatiloissa käydyssä dialogissa syntyy eri asiantuntijuuksien yhdistämistä. Edwards (2009, 40–42; 2011, 33–34) kuvaa yksilöiden verkostoitumiseen ja rajojen ylittämiseen liittyvää toiminnallista kykyä suhdetoimijuuden (relational agency) käsitteellä. Hän määrittelee suhdetoimijuuden olevan kykyä työskennellä yhdessä toisten kanssa niin, että vuorovaikutuksessa saavutetaan laajempi näkemys yhteisen toiminnan kohteesta. Olennaista on kyky tunnistaa, tarkastella ja työstää toisten toimijoiden yhteiseen työskentelyyn tuomaa tietoa, motiiveja ja osaamista ja suhtautua niihin voimavaroina.

Tutkielmassani viittaan rajakeskusteluun käyttäen auttamisvastuun käsitettä. Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon päätehtävänä on mielenterveyden ongelmien tutkimus ja hoito. Lastensuojelun työskentelyorientaatio puolestaan lähtee lapsen ja nuoren kasvun ja

kehityksen tukemisesta. Kokoan tutkielmassani molemmat työskentelyorientaatiot auttamistyön käsitteen alle. Tilanteissa, joissa auttamistyö tapahtuu useiden toimijoiden moniammatillisena ja -sektorisena yhteistyönä, vastuukysymyksiin on tärkeää kiinnittää huomiota. Eri osapuolilla täytyy olla tiedossa, kuka kantaa vastuun yhteisten suunnitelmien konkreettisesta eteenpäin viemisestä, ja kenen puoleen asiakas voi ongelmatilanteissa kääntyä. Edwardsin (2009; 2011) rajatilojen ja suhdetoimijuuden käsitteet kuvaavat tutkielmani kontekstissa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian asiantuntijuuksien tuomista yhteen ja näiden tahojen yhteistä auttamisvastuuta nuorten tilanteissa. Hyödynnän Metterin ja Kiurun (2014b) lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajapinnan tehtävälueiden jaottelua analyysissä tarkastellessani, miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisiä ja erillisiä tehtäviä määritellään aineistossa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvaan kielen ja dokumentaation asettamista tutkimuksen kohteeksi ja jäsenen asiakirja-aineiston käyttämiseen liittyviä näkökulmia. Esittelen tutkimukseni tehtävän ja siitä tiivistämäni tutkimuskysymykset. Kuvaan aineiston, sen hankinnan ja analyysin. Lopuksi pohdin tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä eettisiä näkökohtia.

4.1 Kieli ja dokumentaatio tutkimuksen kohteena

Tutkielmani sijoittuu laadullisen tutkimuksen ja sosiaalisen konstruktionismin tutkimusperinteisiin. Sosiaalisen konstruktionismin viitekehyksessä sosiaalisen todellisuuden katsotaan rakentuvan sosiaalisessa ja kielellisessä vuorovaikutuksessa. Tiedon luonne ei ole absoluuttinen vaan se määrittyy aina suhteessa kontekstiinsa. Sosiaalisen konstruktionismin eri suuntauksia yhdistäviä pääteesejä ovat kriittinen suhtautuminen itsestäänselvyyksiä kohtaan, tiedon ja käsitysten historiallinen ja kulttuurinen sidonnaisuus, tiedon syntyminen sosiaalisissa prosesseissa sekä tiedon ja sosiaalisen toiminnan yhteenkuuluvuus. Sosiaalisen konstruktionismin viitekehyksessä tutkimuksen kohteeksi asetetaan kieli. (Burr 2003, 2–5, 8.)

Burrin (2003, 2–5, 8) sosiaalisen konstruktionismin määritelmään nojaten tutkimukseni kohdistuu nuorten auttamistyöhön liittyvän vuorovaikutuksen ja sosiaalisten käytäntöjen prosesseihin, jotka tulevat näkyväksi nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoissa. Olen tutkimuksessani kiinnostunut niistä potilastiedon kirjaamisen tavoista, joilla nuorisopsykiatrian työntekijät kuvaavat nuorten auttamistyön todellisuutta. Näen potilaskertomusten dokumentaation osaltaan rakentavan todellisuutta ja nuorten auttamistyötä itsessään. Kirjauksissa tuotetut merkitykset ovat sidoksissa nuorisopsykiatrisen hoidon kontekstiin ja ne tuotetaan nuorten, perheiden, nuorisopsykiatrian työntekijöiden sekä lastensuojelun ja muiden nuorten kanssa tekemisissä olevien organisaatioiden työntekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Potilasasiakirjojen kirjaukset ovat nuorisopsykiatrian työntekijöiden tekemiä tulintoja yhteistyössä tuotetuista merkityksistä.

Valitsemani aineistotyyppi eli työntekijöiden tekemä dokumentaatio asiakasprosesseista ohjaa tutkielmani näkökulmaa organisaatio-, työntekijä- ja dokumenttikeskeisyyteen. Sekä nuorisopsykiatrian että lastensuojelun palveluissa työskentelyä dokumentoidaan potilas- ja asiakastietojärjestelmiin. Työntekijöiden tekemään dokumentaatiota ohjaa lainsäädäntö. Sosiaalihuollon asiakastietojen kirjaamisesta ja siihen liittyvistä velvoitteista sosiaalihuollossa säädetään laissa sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista. (254/2015). Potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvien asiakirjojen laatimisesta puolestaan säädetään Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009).

Suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa asiakirjoja aineistonaan ovat käyttäneet esimerkiksi Kääriäinen (2003), Hiitola (2015), Pekkarinen (2016). Psykiatrian potilasasiakirjoja ovat käyttäneet tutkimustensa aineistona Aro (2004) sekä Kiuru ja Metteri (2014a; 2014b). Käytettäessä potilaskertomuksia tutkimuksen aineistona on syytä huomioida, että potilaskertomukset ovat terveydenhuollon tapa käsitellä ja säilyttää potilaita ja asiakkaita koskevaa tietoa. Dokumentoinnin avulla muodostetaan ymmärrystä, kerätään tietoa ja tehdään suunnitelmia jatkosta. Asiakirjat toimivat eri hoitavien tahojen, ammattiryhmien ja henkilöiden välisenä viestintävälineenä, joten niillä on keskeinen merkitys asiakasprosesseissa ja niiden jatkuvuuden turvaamisessa. (Kääriäinen 2003, 21–26; Lämsä 2013, 98–99; Kiuru & Metteri 2014a, 148–149.)

Asiakirjat on laadittu asiakkuuden ja hoidon dokumentoimiseksi ja näkyväksi tekemiseksi, ei tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Ne on tuotettu arkisessa työssä osana lainsäädännön ohjaamaa viranomaistyötä. Kääriäinen (2003, 23–26) korostaa, ettei tehdyn työn dokumentointi ole ainoastaan asioiden kirjaamista ja taltioimista vaan se on myös tiedonkäsittelyprosessi, jolla voi olla vaikutuksia asiakkaan saamaan palveluun. Asiakirjat osaltaan rakentavat ja ylläpitävät todellisuutta. Heinon (1997, 92) mukaan suomalaisissa sosiaalityön ja lastensuojelun tutkimuksissa on havaittu asiakirjakirjoittamisen tuottavan katkonaista, aukollista ja epätäydellistä konstruktioita kohteestaan. Asiakasnäkökulma ei painotu, ja ongelmat korostuvat. Pekkarinen (2016, 108) toteaa kirjausten voivan poiketa suuresti kirjausten kohteena olevien ihmisten omista kokemuksista. Ymmärrän tietojärjestelmiin tehdyt merkinnät jälkinä tapahtumista ja suunnitellusta tai toteutetusta työstä. Merkinnät ovat kirjauksen tehneen työntekijän ammatillisia tulkintoja olosuhteista, tapahtumista ja tilanteista. Asiakirjat eivät tee näkyväksi koko asiakasprosessia, vaan paljon asioita voi jäädä piiloon.

Kirjaukset käsittelevät ensisijaisesti niitä tekijöitä, joihin nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmän ja sen työntekijöiden katse kiinnittyy (ks. Pekkarinen 2016, 8). Kiuru ja Metteri (2014b, 186) huomauttavat, että kun nuorten tilanteista kirjoitetaan potilas- ja asiakaskertomuksiin, samalla on kysymys myös toimijoiden suhteista toisiinsa. Juuri tästä näkökulmasta olen tutkimuksessani ensisijaisesti kiinnostunut.

4.2 Tutkimuksen tehtävä

Tarkastelen tutkimuksessani lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden moniammatillista organisaatioiden välistä yhteistyötä näiden tahojen yhteisasiakkuudessa olevien nuorten auttamistyössä. Kiinnitän huomiota auttamisvastuun jakamiseen näiden toimijoiden kesken sekä auttamisvastuun siirtämiseen toimijalta toiselle. Lähestyn aihetta nuorten auttamistyön ammattilaisten näkökulmasta tarkastelemalla nuorisopsykiatrian työntekijöiden tuottamia dokumentteja yhteisasiakkuuksien prosesseista. Tavoitteenani on selvittää, miten nuorisopsykiatrian potilaskertomuksissa kuvataan moniammatillista yhteistyötä. Erityisesti olen kiinnostunut, miten potilaskertomuksissa perustellaan auttamisvastuun keskinäistä jakamista ja sen siirtämistä toimijalta toiselle. Yhteisasiakkuusilmiön kuvaamiseksi tarkastelen myös aineiston nuorten taustatietoja.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välistä moniammatillista yhteistyötä kuvataan nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoissa?
2. Miten auttamisvastuun jakamista organisaatioiden kesken argumentoidaan nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoissa?
3. Miten auttamisvastuun siirtämistä toiselle organisaatiolle argumentoidaan nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoissa?

4.3 Aineisto ja sen hankinta

Tutkimukseni aineistona ovat 181 nuoren nuorisopsykiatrista hoitoa koskevat potilasasiakirjat yhdestä nuorisopsykiatrisesta sairaalasta. Valitsin tarkasteluuni yhdestä kunnasta nuorisopsykiatriseen hoitoon tulleet nuoret. Aineisto koostuu niiden nuorten potilasasiakirjoista, jotka ovat tulleet kyseisestä kunnasta vuosina 2008–2014 nuorisopsykiatriseen osastohoitoon ainakin kertaalleen, ja jotka ovat samanaikaisesti olleet lastensuojelun asiakkuuksissa. Käytössäni olivat kaikki näiden nuorten sähköiset nuorisopsykiatrista hoitoa koskevat potilaskertomustekstit. Ne sisältävät sekä osastohoidon että polikliinisen avohoidon dokumentaation. Tutkimusluvan potilaskertomustekstien käyttöön aineistona myönsi sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosityksikön tutkimuksesta vastaava professori.

Työskentelen tarkastelemassani nuorisopsykiatrisessa sairaalassa, joten minun oli mahdollista etsiä potilastietojärjestelmästä tarvitsemani asiakirjat itse. Tutkimusluvan saatuani aloitin aineiston keruun etsimällä potilastietojärjestelmän raportointityökalujen avulla tiedot kaikista tarkasteluun valitsemastani kunnasta nuorisopsykiatriseen osastohoitoon vuosien 2008–2014 aikana tulleista nuorista. Tallensin raportin Excel-tiedostoksi lähempää tarkastelua varten. Raportista sain tietooni nuorten nimet ja sosiaaliturvatunnukset, osastojaksojen määrät, kestot ja toteutumisen ajankohdat. Osastojaksoja oli toteutunut 550 vuosina 2008–2014, ja osastohoitoon tulleita nuoria oli yhteensä 235. Osa nuorista oli ollut kyseisellä aikavälillä osastohoidossa useamman kerran.

Luin 235 nuoren potilaskertomukset sähköisessä muodossa Miranda-ohjelmassa etsien niistä merkintöjä lastensuojelun asiakkuudesta. Miranda sisältää npsy-, psy-, npsp-, sos-, psl-, toi- ja fyst- lehdet. Npsy- ja psy- lehdet sisältävät sisäiset lähetetekstit, alkuarviot, väliarviot ja loppulausunnot. Npsp on psykiatrian sisäinen sairauskertomus, johon tehdään päivittäiskirjaukset osastojaksojen ajalta sekä avohoidon käyntikirjaukset. Sos-lehti on sosiaalityön kertomuslehti, johon sosiaalityöntekijät kirjaavat muun muassa lastensuojeluun liittyviä tietoja. Psl-lehdelle kirjaa psykologi, toi-lehdelle toimintaterapeutti ja fyst-lehdelle fysioterapeutti. Nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoja kirjoittavat lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit, toimintaterapeutit ja fysioterapeutit. Lastensuo-

jeluun liittyviä merkintöjä voivat kirjata kaikki ammattiryhmät, ja niitä voi sisältyä kaikkiin kertomuslehtiin. Eri kertomuslehdet muodostavat nuoren hoitoa koskevan dokumentaation kokonaisuuden, jota kutsun jatkossa potilaskertomukseksi.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus oli potilaskertomusmerkintöjen perusteella tunnistettavissa 181 nuorella. Kriteerinä yhteisasiakkuudelle käytin nuorisopsykiatrisen hoidon aikaista merkintää lastensuojeluasiakkuudesta tai merkintää hoidon aikaisesta yhteydenpidosta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä. Niiden nuorten, joilta yhteisasiakkuudesta kertovaa merkintää ei löytynyt, potilaskertomukset jätin aineistoni ulkopuolelle. Päädyin rajaamaan aineiston ulkopuolelle myös päivittäisen hoidon kertomukset eli npsp-lehdet, jotta aineisto pysyisi hallittavan kokoisena. Olen käyttänyt npsp-lehden tekstejä ainoastaan aineistoon tutustumisen alkuvaiheessa tarvittaessa selkiyttämään muiden lehtien lastensuojelumerkintöihin liittyviä tietoja. Nuorisopsykiatrisessa sairaalassa on muutettu kirjaamiskäytäntöä aineiston kattamalla aikavälillä, joten vanhemmissa potilasasiakirjoissa ei ollut erillisiä npsp-lehtiä vaan päivittäisen hoidon kirjaukset sisältyivät npsy-kertomuksiin. Näiden potilaskertomusten osalta päivittäisen hoidon kirjaukset ovat mukana aineistossa.

Käytin analyysin apuvälineenä Atlas.ti -ohjelmaa helpottamaan laajan aineiston hallintaa ja käsittelyä. Siirsin ohjelmaan pdf-muodossa niiden nuorten potilaskertomustekstit, joista olin löytänyt yhteisasiakkuudesta kertovan merkinnän. Tallensin potilaskertomukset analyysiohjelmaan itsenäisinä dokumentteina, jotka anonymisoin tulosten raportointia varten nimeämällä sukunimen mukaisessa aakkojärjestyksessä juoksevilla numeroilla P001–P181. Lopullisesta tutkimusraportista päädyin jättämään nämä numerotkin pois, jotta käyttämäni sitaatit eivät olisi yhdistettävissä samaan potilaskertomukseen. Potilaskertomustekstejä oli yhteensä 8468 A4-liuskaa. Potilaskertomustekstien pituudet vaihtelivat kolmesta sivusta 258 sivuun. Useimmat potilaskertomustekstit sisälsivät 20–40 sivua. Pisimpiä olivat ne potilaskertomukset, jotka vanhan kirjaamiskäytännön mukaisesti sisälsivät merkintöjä päivittäisestä hoidosta. Eriteltyäni teksteistä koodaamalla tutkimuksen kannalta olennaiset tiedot nuorten taustatekijöistä sekä kaikki lastensuojelua, lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyötä, tehtävänjakoa ja auttamisvastuun määrittelyä käsittelevät tekstikatkelmat, käsiteltävää aineistoa jäi yhteensä 3365 A4-liuskaa, jotka muodostuivat 5987 erillisestä tekstikatkelmasta.

Tutkimukseni aihetta rajatessani ja täsmentäessäni tuntui prosessin alusta saakka selkeältä, että haluan tarkastella lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välistä yhteistyötä nimenomaan työskentelyä kuvaavien dokumenttien kautta. Haastatteleamalla työntekijöitä olisin saanut kerättyä aineiston, joka kuvaa työntekijöiden kokemuksia yhteistyöstä. Asiakirja-aineisto puolestaan mahdollistaa yhteistyön tarkastelemisen sellaisena kuin se on ammattilaisten arkiytötä kuvaaviin dokumentteihin tallennettu. Alkuperäisenä tavoitteenani oli käyttää aineistona samojen nuorten nuorisopsykiatrian potilaskertomuksia ja lastensuojelun asiakasasiakirjoja ja vertailla niiden kautta kuvautuvia todellisuuksia. Tämä vaihtoehto osoittautui kuitenkin pro gradu -tutkielman puitteissa mahdottomaksi toteuttaa, koska nuorisopsykiatriseen hoitoon lähettävästä kunnasta linjattiin, että tutkimuslupa lastensuojelun asiakasasiakirjojen käyttämiseen olisi pitänyt pyytää jokaiselta nuorelta erikseen. Päädyin käyttämään aineistona ainoastaan nuorisopsykiatrian potilasasiakirjoja ja olen tähän ratkaisuun jälkikäteen tyytyväinen. Nuorisopsykiatrian potilasasiakirjat muodostivat laajan ja monipuolisen aineiston, jonka käsittely yksistäänkin vaati paljon aikaa ja vaivannäköä. Tulosten moniäänisyys kärsi tästä ratkaisusta, koska tutkittavaa ilmiötä oli mahdollista tarkastella ainoastaan nuorisopsykiatrian näkökulmasta. Toisaalta laajemmalla aineistolla tutkimus olisi paisunut liian suureksi kokonaisuudeksi ottaen huomioon, että kysymyksessä on opinnäytetyö.

4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelminä käytin sisällön erittelyä ja sisällön analyysia. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 89) määrittelevät sisällön erittelyn olevan tekstin sisällön määrällistä kuvaamista. Sisällön analyysilla puolestaan viitataan aineiston sisällön sanalliseen kuvaamiseen. Sisällön erittelystä käytetään metodikirjallisuudessa myös käsitettä kvantitatiivinen sisällön analyysi (Hesse-Biber & Leavy 2011, 232–233). Käytin sisällön erittelyä nuorten taustatekijöiden luokitteluun ja muodostamieni kategorioiden yleisyyden selvittämiseen aineistossa. Sisällön analyysin avulla esitin aineistolleni miten-kysymyksiä tutkimuskysymysteni ohjaamana. Sisällön analyysin teknistä toteuttamista kuvataan metodikirjallisuudessa useita eri vaiheita sisältävänä prosessina, joka sisältää erilaisia aineiston järjestämisen, pilkkomisen, pelkistämisen ja uudelleenjärjestämisen työvaiheita (Bernard & Ryan 2010, 289–300;

Hesse-Biber & Leavy 2011, 232–236; Tuomi & Sarajärvi 2018, 91–94). Analysoin aineiston näitä prosessikuvauksia mukailien koodaamalla ja jäsentämällä sen erilaisiksi pää- ja alakategorioiksi. Muodostettuani tarpeeksi täsmällisiä alakategorioita tein pelkistyksiä tekstikatkelma kerrallaan ja järjestelin tekemäni pelkistykset uudelleen kategorioihin. Analyysiprosessissani käytin vuorotellen sisällön erittelyn ja sisällön analyysin työtapoja.

Työkokemukseni perusteella minulla oli ennakkokäsitys siitä, minkälaisia asioita potilaskertomuksiin on tapana kirjata. Tutustumiseni aineistoon alkoi jo aineiston keruun vaiheessa. Luin potilaskertomukset läpi ensimmäisen kerran etsiessäni nuorisopsykiatrisen sairaalan potilastietojärjestelmästä niitä potilaskertomuksia, joihin on kirjattu merkintöjä nuorisopsykiatrisen hoidon aikaisesta lastensuojelun asiakkuudesta. Aineistoon tutustumisen jälkeen muodostin analyysini pääteemat (taulukko 1). Ensimmäinen teema koskee taustoittavana kokonaisuutena aineiston nuorten taustatekijöitä, muut kolme teemaa muodostin tutkimuskysymysteni perusteella.

Taulukko 1. Analyysin pääteemat

Pääteemat	Nuorten taustatekijät
	Yhteistyötapaukset
	Jaettu auttamisvastuu
	Vastuu siirtyy

Aloitin aineiston koodaamisen nuorten taustatekijöistä. Aikaisemman yleisen tason tietämykseni ja aineiston ensimmäisen läpilukukerran perusteella muodostin suunnitelman koodeista, joita tulisin analyysissä käyttämään. Käytin apuna myös Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimuksessaan käyttämiä luokituksia. Käytin taustatekijöiden analyysissä koodeja, jotka olen koonnut alla olevaan taulukkoon 2. Etukäteen laatimani suunnitelma koodeista täydentyi koodauksen edetessä. Ruusuvoori, Nikander ja Hyvärinen (2010, 15) toteavat, että aineisto saattaa vihjata, mitä siltä kannattaa kysyä. Koodauksen edetessä kiinnitin huomiota nuorten taustatekijöihin liittyviin muihin kuvauksiin, jotka toistuivat potilaskertomuksesta toiseen. Muodostin uusia koodeja sitä mukaa kuin havaitsin teemojen toistuvuutta.

Taulukko 2. Nuorten taustatekijät

Nuorten taustatekijät	Sukupuoli
	Hoitoontuloikä
	Diagnoosi (hoitoontulovaihe)
	Hoidon syy (sanallinen kuvaus)
	Edeltävä lastenpsykiatrinen hoito
	Tahdosta riippumaton hoito
	Hoidon päättyminen
	Nuoren asumismuoto
	Huoli nuoren päihteidenkäytöstä
	Koulukiusaaminen
	Päihdeongelma perheessä
	Psykiatrinen sairaus lähisuvussa
	Lähisuhdeväkivalta
	Seksuaalinen hyväksikäyttö
	Ls:n vai npsy:n asiakkuus ensin
	Sijoitus
Huostaanotto	

Atlas.ti -ohjelman työkalut mahdollistavat laadullisen aineiston kvantitatiivisen tarkastelun ja hyödynsin tätä ominaisuutta nuorten taustatekijöiden määrällisessä erittelyssä. Huolellisen taustatekijöiden koodauksen jälkeen pystyin Code-Document-Table -työkalun avulla tarkastelemaan, kuinka monessa potilaskertomuksessa jokin tietty koodi esiintyi ja kuinka monta kertaa. Code-Document-Table -työkalun avulla pystyin selvittämään myös tiettyjen koodien yhtäaikaista esiintymistä samassa potilaskertomuksessa. Tämä mahdollisti yhteyksien etsimisen eri tekijöiden välillä, esimerkiksi kysymyksen, kuinka moni aineiston tyttö on tullut hoitoon yksilöoireilun vuoksi? Tähän kysymykseen oli mahdollista vastata selvittämällä, kuinka monessa potilaskertomuksessa esiintyy yhtä aikaa koodit ”tyttö” ja ”hoidon syy yksilöoireilu”. Code-Document-Table -työkalun avulla pystyin muodostamaan havaintomatriisin, josta kävin manuaalisesti läpi, monessako ja missä potilaskertomuksissa nämä koodit esiintyivät yhtä aikaa. Työtapa vaati aikaa, tarkkuutta ja useita tarkistuksia. Se mahdollisti kuitenkin eri koodien välisten yhteyksien tarkastelun ilman aineiston siirtämistä SPSS-ohjelmaan ja varsinaisen tilastollisen analyysin tekemistä.

Seuraavaksi etsin aineistosta kuvauksia lastensuojelun ja nuorisopsykiatrin välisen yhteistyön tekemisen konkreettisista tavoista. Käyttämäni koodit olen koonnut alla olevaan taulukkoon 3. Jatkoin analyysia luokittelemalla lastensuojeluilmoitusten tekemisen syyt tar-

kempiin alaluokkiin. Muiden yhteistyötapahtumien tarkastelua jatkoin esittämällä kysymyksiä ”missä”, ”kuka” ja ”miten kerrotaan”. Olin kiinnostunut sekä yhteistyötapahtumien sisällöistä että niiden määristä aineistossa. Koodattuani aineiston kävin edellisessä kappaleessa kuvaamalla tavalla läpi, kuinka monessa potilaskertomuksessa ja kuinka monta kertaa näitä tapahtumia oli kuvattu.

Taulukko 3. Yhteistyötapahtumat

Yhteistyötapahtumat	Lastensuojeluilmoitus
	Kasvokkainen kohtaaminen ls ja npsy
	Puhelinkeskustelu ls ja npsy
	Muu yhteydenpito ls ja npsy
	Ls määrittely ilman ls läsnäoloa

Jatkoin analyysia siirtymällä etsimään aineistosta kuvauksia lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisestä jaetusta auttamisvastuusta ja vastuun siirtämisestä toimijalta toiselle. Analyysissa käyttämäni koodit löytyvät alla olevista taulukoista 4 ja 5. Aloitin koodaamisen kahdesta pääkategoriasta: auttamisvastuun jakaminen ja auttamisvastuun siirtäminen. Koodasin näiden kahden pääkategorian alle kaikki tekstikatkelmat, joissa kuvattiin auttamisvastuuseen liittyvää neuvottelu- ja pohdintaprosessia jommastakummasta näkökulmasta. Tämän jälkeen keskityin käymään läpi koodaamiani tekstikatkelmia kategoria kerrallaan pyrkien muodostamaan soveltuvia luokitteluperusteita. Tässä vaiheessa esitin aineistolle kysymyksen mikä, eli mikä tekijä on vastuun jakamisen tai vastuun siirtämisen perusteena. Mikä-kysymyksen avulla jaottelin tekstikatkelmat edelleen alakategorioihin. Jaetun auttamisvastuun alakategorioita muodostin neljä ja vastuun siirtämisen alakategorioita kolme. Tämän jälkeen pilkoin auttamisvastuun jakamista kuvaavat alakategoriat vielä kymmeneen pienempään alakategoriaan miten-kysymyksellä. Auttamisvastuun siirtämistä koskeville tekstikatkelmille esitin seuraavaksi kysymyksen ”kuka määrittelee” ja muodostin sen avulla kuusi alakategoriaa.

Taulukko 4. Auttamisvastuun jakaminen

Jaettu auttamis- vastuu	Työnjakoon perustuva	Tehtävät
		Toimenpiteet
		Kuka tapaa
	Tarvelähtöinen	Yhteinen tavoite
		Yhteistyön tarve
		Tietojen vaihtamisen tarve
	Toisen toiminnan mahdollistaminen	Ls mahdollistaa npsy-hoitoa
		Npsy mahdollistaa ls-toimia
	Yhteistyö hoidon osa-alueena	Ls osana npsy-hoitoa
		Verkostotyö hoitomenetelmänä

Taulukko 5. Auttamisvastuun siirtäminen

Vastuu siirtyy	Nuori/perhe määrittelee	Nuori määrittelee	Yhteinen määrittely
		Vanhempi määrittelee	
	Nuoren problematiikka perusteena	Npsy määrittelee	
		Ls määrittelee	
	Resurssit perusteena	Npsy:n resurssit	
		Ls:n resurssit	

Saatuani koodaustyön päätökseen tarkastelin jokaista alakategoriaa yksi kerrallaan esittäen miten ja miksi -kysymyksiä. Tiivistin kunkin koodatun tekstikatkelman sisällön lyhyellä kuvauksella kiinnittäen huomiota, mitä määritellään, miten määritellään ja onko löydettävissä syy, miksi määritellään. Ryhmittelin tekemäni tiivistykset uudelleen esittämieni kysymysten pohjalta muodostaen uusia pääkategorioita, joiden pohjalta rakensin tutkimusraporttini auttamisvastuuta käsittelevät tulosluvut. Selvitin myös näiden teemojen osalta eri kategorioiden yleisyyttä aineistossa. Täydensin analyysia vielä tarkastelemalla Code-Document-Table -työkalun avulla eri taustatekijöiden esiintyvyyttä auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa potilaskertomuksissa. Vertailin, löytyykö auttamisvastuun siirtämistä kuvaavista potilaskertomuksista nuorten taustatekijöiden osalta eroja suhteessa kaikkiin aineiston potilaskertomuksiin. Tavoitteenani oli selvittää, korostuvatko jotkut tietyt taustatekijät tai ovatko ne harvinaisempia näissä potilaskertomuksissa kuin koko aineistossa.

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvän tutkimuksen tekeminen edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Eettiset kysymykset on otettava huomioon tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. (Pohjola 2003.) Tutkijan tulee hallita oma tieteenalansa ja olla rehellinen, huolellinen ja tarkka sekä tutkimuksen suorittamisessa että tulosten raportoinnissa (Hallamaa & Lötjönen 2002, 373, 381). Pietarisen (2002) mukaan ihmisarvon kunnioittamisen tulee ohjata tutkimuksen tekemistä. Tutkimuksen tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa yleisellä eikä yksilöllisellä tasolla (Heikkilä 2002, 173–174). Kuula (2011, 61–64) korostaa, että tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa tutkittavien anonyymiteetin turvaamisen lisäksi myös tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tietojen luottamuksellisuuden turvaamista. Tässä tutkimuksessa päädyin sellaiseen ratkaisuun, etten informoinut nuoria asiakirjojen ja heihin liittyvien tietojen käytöstä tutkimustarkoitukseen. En informoinut myöskään nuorten kanssa työskennelleitä työntekijöitä, jotka ovat asiakirjoja tuottaneet. Tässä mielessä olen aineistovalinnallani ohittanut heidän itsemääräämisoikeutensa. Olisi ollut mahdotonta lähteä kysymään kaikilta nuorilta lupaa asiakirjojen käyttämiseen tutkimusaineistona. Tutkimuksen toteuttaminen ei olisi käytännössä onnistunut, mikäli lähtökohtana olisi ollut luvan kysyminen henkilökohtaisesti jokaiselta. Yleisen tiedonintressin kannalta on tärkeää, että ilmiöitä ja asioita voidaan tutkia asiakirjatasolla. Myös Kiurun ja Metterin (2014a ja b) potilasasiakirja-aineistoon perustuvat tutkimukset on toteutettu sairaanhoitopiirin myöntämän tutkimusluvan nojalla informoimatta asiakirjojen nuoria. Kääriäisen (2003, 35–36) asiakirjatutkimuksessa Sosiaali- ja terveysministeriö oli nimenomaisesti kieltänyt tutkijaa ottamasta yhteyttä asiakkaisiin, joita asiakirjat koskivat.

Olen pyytänyt ja saanut tutkimusluvan siltä sairaanhoitopiiriltä, jonka nuorisopsykiatrisesta sairaalasta olen kerännyt aineistoni. Ennen tutkimusluvan hakemista otin yhteyttä sairaanhoitopiirin eettiseen toimikuntaan ja tiedustelin tarvetta toimikunnan lausunnolle. Sain tiedon, että voin hakea tutkimuslupaa suoraan ilman eettisen toimikunnan käsittelyä. Minulla on virallinen lupa käyttää asiakirjoja aineistona, mutta silti varsinkin aineiston analyysin alkuvaiheessa pohdin paljon tutkijan ja tirkistelijän positioita.

Aineiston nuorten ja työntekijöiden anonymiteetin turvaamiseksi en käytä heistä minkäänlaisia nimiä tutkimuksen tuloksia raportoidessani, enkä myöskään tuo esiin, minkä sairaanhoitopiirin alueelta olen aineistoni hankkinut. Tuomalla avoimesti esiin oman työkokemukseni suhteen aineiston hankintaan toki mahdollistan sen, että pieni joukko lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian ammattilaisia tunnistaa, miltä alueelta aineisto on kerätty. Olen harkinnut tarkkaan suorien otteiden käyttöä tutkimusraportissani ja pyrkinyt parhaani mukaan pitämään sellaisissa suorissa lainauksissa, jotka eivät paljasta yksityiskohtaisia tietoja kenenkään hoidosta, elämästä tai toiminnasta ammattilaisena. Anonymiteetin turvaamiseksi ole poistanut aineistositaateista yksityiskohtia ja muuttanut asiakirjoissa mainittujen palvelujärjestelmän yksiköiden nimityksiä yleisemmälle tasolle, ettei niitä pystyttäisi jäljittämään minkään tietyn kunnan palveluksi. Olen korjannut aineistositaateista kirjoitusvirheitä häivyttääkseni tunnistettavaa persoonallista kielenkäyttöä, esimerkiksi murre sanoja. Aineiston säilyttämisessä olen noudattanut erityistä huolellisuutta ja varmistanut, ettei siihen ole itseni lisäksi kenenkään muun ollut mahdollista päästä käsiksi. Aineisto on ollut minulla ainoastaan sähköisessä muodossa ja suojattuna useamman salasanan takana.

Aineiston hankkiminen ei olisi onnistunut siten, etten missään vaiheessa olisi saanut tietooni niiden ihmisten henkilötietoja, joiden potilaskertomuksista aineistoni koostuu. Asiakirjat ovat salassapidettäviä, joten minua sitoo niiden sisältämien tietojen suhteen vaitiolovelvollisuus. Tavoitteenani oli poistaa aineistosta kaikki tunnistetiedot heti aineiston keräämisen jälkeen, mutta totesin sen olevan teknisesti mahdotonta. Rajasin tietoisesti aineiston kattaman aikavälin sellaiseksi, ettei minulla voinut olla aineiston nuoriin aikaisempaa kosketusta työni kautta. Dokumentteja kirjoittaneista työntekijöistä osa sen sijaan oli minulle tuttuja, kuten myös ne työntekijät, joiden näkemyksiä ja toimintaa dokumenteissa oli kuvattu. Vaikka olin tutkimusta suunnitellessani tiedostanut tämän, aineiston analyysin konkretisoituessa koin aluksi ”eettisen kriisin” tästä syystä. Aineiston laajuus kuitenkin teki nopeasti helpoksi etäännyä sekä dokumenttien kirjoittajista että niistä, joista kirjoitettiin. Nuoret tai työntekijät eivät itsessään olleet tarkasteluni kohteena vaan dokumentaatiotekstit. Tarkastelin aineiston nuorten taustatekijöitä saadakseni tietoa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudesta ilmiönä, en nuorista itsestään. Tiedostan asiakirjojen muodostuvat tulkinnoista, joita niitä kirjoittaneet työntekijät ovat tehneet nuorten oireista, tilanteista, sosiaalisesta ympäristöstä sekä muiden ammattilaisten toiminnasta ja näkemyksistä.

Nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun yhteisasiakkuudessa olevia nuoria voidaan pitää eräänlaisena marginaaliryhminä. Sekä nuorisopsykiatrian osastohoito että lastensuojelu, varsinkin lastensuojelun sijaishuolto ovat viimesijaisia palveluita, joiden käyttäjät voivat elää monin tavoin haastavissa tilanteissa. Virokannaksen (2004, 19) mukaan marginaaliryhmiä tutkittaessa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten tutkijat voivat tuotoksillaan ylläpitää leimaavaa keskustelua ja käsityksiä tutkimiensa ryhmien ongelmallisuudesta. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuuksia tutkiessani minun on mietittävä tarkkaan tutkielmani kautta välittyviä mielikuvia ja tekemiäni käsitevalintoja.

Oma työkokemukseni ja ammatillinen ymmärrykseni väistämättä ohjasivat aineistosta tekemiäni tulkintoja. Olen työskennellyt aikaisemmin sekä tutkimukseen valitsemani kunnan lastensuojelun avohuollossa että sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrisilla osastoilla. Tutkimuksen toteuttamisen ajan olen työskennellyt nuorisopsykiatrisen sairaalan poliklinikalla. Koen, että työhistoriani auttoi minua ymmärtämään yhteisasiakkuuteen liittyvää problematiikkaa kummankin organisaation lähtökohdista käsin. Toisaalta oli myös tärkeää ottaa etäisyyttä omiin käytännön kokemuksiini ja keskittyä tutkijan roolissa vuoropuheluun aineiston kanssa.

5 YHTEISASIAKKUUS JA YHTEISTYÖ

Tässä luvussa esittelen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa olevien nuorten taustatekijöihin sekä työntekijöiden välisen yhteistyön muotoihin liittyvät tutkimustulokseni. Ensimmäisessä alaluvussa kuvaan yhteisasiakkuudessa olevien nuorten hoidon alkamiseen liittyviä tekijöitä sekä hoitoon tulon syitä. Kuvaan nuorten perhesuhteisiin ja laajempaan sosiaaliseen ympäristöön liittyviä kuormitustekijöitä, jotka mainittiin potilaskertomuksissa toistuvasti. Tarkastelen myös muita auttajaverkostoja, joita nuorten elämässä on mukana nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun lisäksi. Lopuksi kuvaan sijoitukseen ja huostaanottoon liittyviä tekijöitä. Toisessa alaluvussa esittelen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden yhteistyön tekemisen tapoja ja niiden yleisyyttä aineistossa. Kuvaan lastensuojeluilmoituksiin johtaneita huolenaiheita, työntekijöiden kasvokkaisia kohtaamisia, puhelinkeskusteluja ja muita yhteydenpidon muotoja. Lopuksi kuvaan ilman lastensuojelun osallisuutta tehtyä lastensuojelun määrittelyä.

5.1 Yhteisasiakkuudessa olevat nuoret

5.1.1 Nuorisopsykiatrisen hoidon alkaminen ja hoitoon tulon syyt

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus osoittautui tarkastelukunnan vuosina 2008-2014 nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olleilla nuorilla yleiseksi. 181 nuorta eli yli kolme neljäsosaa (77 %) heistä (n=235) oli potilaskertomusmerkintöjen perusteella lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa. Yhteisasiakkuudessa olevista nuorista tyttöjä oli 61 prosenttia (n=111) ja poikia 39 prosenttia (n=70). Luokittelin sukupuolen henkilötunnuksesta ilmenevän juridisen sukupuolen perusteella. Nuorisopsykiatrisen hoito on voinut käynnistyä joko nuorisopsykiatrian poliklinikalla tai osastolla. Nuorisopsykiatriseen hoitoon tullessaan nuoret olivat iältään 12–17-vuotiaita. Tarkastelun kohteena olevan sairaanhoitopiirin alueella nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin kuuluvat 13–17-vuotiaat nuoret. 12–vuotiaiden nuorten hoito nuorisopsykiatrian osastoilla liittyi yksittäisiin poikkeustapauksiin ja he kuuluivat edelleen ikänsä perusteella lastenpsykiatrian palveluiden piiriin. Nuorisopsykiatriseen hoitoon on tultu useammin nuorempana kuin vanhempana, 65 prosenttia aineiston nuorista oli hoitoon tullessaan 13–14-vuotiaita. Ikävuosittain

tarkasteltuna (taulukko 6) suurin ryhmä olivat 13-vuotiaan tytöt, joita oli ensi kertaa hoitoon tulijoista 22 prosenttia. 17-vuotiaana hoitoon tulleita yhteisasiakkaita oli vain muutama. Myös Metterin ja Kiurun (2014) tutkimuksessa yhteisasiakkaiden ikäjakauma painotui nuorisopsykiatrisen hoidon nuorimpiin potilaisiin.

Taulukko 6. Hoitoontuloikä

Ikä	Tytöt (n=111)	Pojat (n=70)	Yhteensä (n=181) (%)
12	2	1	3 (2 %)
13	40	33	73 (40 %)
14	29	16	45 (25 %)
15	28	9	37 (20 %)
16	8	8	16 (9 %)
17	4	3	7 (4 %)

Osalle aineiston nuorista nuorisopsykiatrisen hoidon aloittaminen ei ollut ensimmäinen kontakti psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Kolmasosan (33 %) nuorista potilasasiakirjoihin oli kirjattu merkintöjä nuorisopsykiatrista hoitoa edeltävästä lastenpsykiatrian hoitokontaktista. Puolet yhteisasiakkuudessa olevista pojista oli ollut lastenpsykiatrisessa hoidossa, tytöistä noin viidesosa. Ikävuosittain tarkasteltuna nuorisopsykiatrista hoitoa edeltävästä lastenpsykiatrian hoitokontaktista löytyi eniten merkintöjä 13-vuotiaana nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin ensimmäistä kertaa tulleilta nuorilta, heistä yli puolen asiakirjoissa oli mainittu aikaisempi lastenpsykiatrian hoitokontakti. 14–15-vuotiaana hoitoon tulleista noin viidesosan potilasasiakirjoissa oli maininta edeltävästä lastenpsykiatrisesta hoidosta. 16–17-vuotiaana hoitoon ensi kertaa tulleiden nuorten asiakirjoista ei löytynyt merkintöjä aikaisemmasta lastenpsykiatrian asiakkuudesta.

Nuorten läheteisiin ja hoidon aloitusvaiheen potilasteksteihin on kirjattu sanallinen kuvaus hoitoon tulon syystä. Jaottelin nämä kuvaukset (Kiurun ja Metterin 2014a) käyttämän jaottelun mukaisesti viiteen eri luokkaan: nuoren käytöksen liitetyt ongelmat, perheeseen liitetyt ongelmat ja kriisit, nuoren sosiaaliseen ympäristöön liitetyt ongelmat, kouluympäristöön liitetyt ongelmat sekä yksilöoireet ja ongelmat (taulukko 7).

Taulukko 7. Hoidon tarpeen syyt

Hoidon tarpeen syyt	Tytöt (n=111)	Pojat (n=70)	Yhteensä (n=181) (%)
1. Nuoren käytökseen liitetyt ongelmat: (päihteet, aggressiivisuus, uhmakkuus, väkivaltaisuus, varastelu, keskittymisvaikeudet, käytösongelmat, epäsosiaalisuus, huolestuttava seksuaalinen käytös, vetäytyminen, arkuus, sopeutumisvaikeudet	19	42	61 (34 %)
2. Perheeseen liitetyt ongelmat ja kriisit: vanhemman menetyt, tulehtuneet välit vanhemman kanssa, vaikeat perhesuhteet	6	1	7 (4 %)
3. Nuoren sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liitetyt ongelmat: yksinäisyys, syrjäytymisriski, väkivaltakokemukset, turvattomuus	2	0	2 (1 %)
4. Kouluympäristöön liitetyt ongelmat: poissaolot, koulunkäymättömyys, koulukiusaaminen, ongelmat koulussa	8	5	13 (7 %)
5. Yksilöoireet ja ongelmat: masentuneisuus, ahdistuneisuus, pelot, harhat, psykoottisuus, tunne-elämään liitetyt vaikeudet, pakkoajatukset, paniikkioireet, itsetuhoisuus, uupumus, kuormittuminen, uni-vaikeudet, syömisen vaikeudet, traumakokemukset, kriisit	76	22	98 (54 %)

Kiurun & Metterin (2014a) käyttämä jäsentely osoittautui tarkoituksenmukaiseksi myös tässä aineistossa. Hoitoon tulon syitä tarkastelemalla oli mahdollista eritellä, minkä verran yhteisasiakkuudessa olevien nuorten hoidon tarve jäsentyy potilasasiakirjoissa yksilöoireisiin ja -ongelmiin liittyväksi, ja missä määrin hoidon tarpeen on määritelty liittyvän nuoren käytökseen, perhesuhteisiin, kouluun tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyväksi. Kirjasin kullekin nuorelle vain yhden hoitoon tulon syyn. Jos syitä oli potilaskertomusteksteihin kirjattu useampi kuin yksi, valitsin sen, joka tulotekstien perusteella korostui eniten. Yli puolella (54 %) nuorista hoidon syyksi oli kirjattu yksilöoire- tai ongelma. Yksilöoireisiin ja -ongelmiin liittyvä hoidon syy löytyi tyttöjen potilaskertomusteksteistä kolme kertaa useammin kuin poikien. Nuoren käytökseen liittyviä hoidon syitä oli kirjattu reilun kolmasosan (34 %) potilasteksteistä. Käytökseen liittyvä hoidon syy oli kirjattu poikien potilaskertomuksiin kaksi kertaa useammin kuin tyttöjen. Kouluympäristöön, perhetilanteeseen tai muuhun laajempaan sosiaaliseen ympäristöön liittyviä hoidon syitä esiintyi huomattavasti vähemmän.

Hoidon aloitusvaiheessa asetettuja diagnooseja tarkastelin luokittelemalla ne ICD 10-tautiluokituksen perustuvan Psykiatrian luokituskäsikirjan (2012) avulla kuuteen eri pääluokkaan ja yksittäiset tämän luokituksen ulkopuolelle jäävät diagnoosit kategoriaan ”muut häiriöt” (taulukko 8). 12 nuoren potilasasiakirjoista ei löytynyt hoidon aloitusvaiheessa asetettua diagnoosia. Joko tieto puuttui kokonaan tai oli käytetty määrettä Z00.4 muualla luokitamaton yleinen psykiatrinen tarkastus. Jos nuorelle oli asetettu hoitoonvaiheessa use-

ampi diagnoosi, otin luokitukseen mukaan niistä ensimmäisen tulkiten sen hoitotapahtuman päädiagnoosiksi Komulaisen & Mäkelän (2012, 19–20) diagnoosin ensisijaisuutta käsittelevän ohjeistuksen mukaisesti. Tytöistä puolella hoidon aloitusvaiheessa asetettu diagnoosi liittyi mielialahäiriöihin eli erilaisiin masennusoireisiin. Poikien yleisin hoidon aloitusvaiheen diagnoosi (lähes puolella pojista) liittyi lapsuus- ja nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin. Hoidon alkuvaiheen diagnoosit noudattelevat samaa linjaa kuin hoitoon tulon syyt: tytöillä molemmat kuvaavat yksilöoireiden runsasta esiintyvyyttä ja pojilla käytösoireiden.

Taulukko 8. Hoidon aloitusvaiheessa asetetut diagnoosit tytöillä ja pojilla

Diagnoosit	Tytöt (n=111)	Pojat (n=70)	Yhteensä (n=181) (%)
1 F30–39 Mielialahäiriöt: F32.1, F32.2, F32, F32.10, F32.9, F38.8, F33.3, F32.8, F33.1, F33.9	55	11	66 (36 %)
2 F40–48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt: F42.1, F41.9, F43.21, F43.22, F41.0, F41.2, F43.9, F43.24, F43.1, F43, F43.2	23	5	28 (15 %)
3 F50–59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoreyhtymät: F50.2, F50.0	4	0	4 (2 %)
4 F80–89 Psykkisen kehityksen häiriöt: F84.8, F81.3, F80.1, F83.0, F81.8, F84.5, F84.1	1	7	8 (4 %)
5 F91–98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt: F92.8, F91.9, F91, F94.1, F92.0, F94.1, F93.9, F92.8, F95.2, F93.89, F92.9, F94.8, F92.9, F93.8, F91.0, F93.2, F91.1	17	30	47 (26 %)
6 Hyperkineettiset häiriöt: F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F90.0, F90.1, F90.9	1	3	4 (2 %)
7 Muut häiriöt: F10.09, F29, F19.03, F28, F12.7, F22, F05.9, T90.5, F12.8	3	9	12 (7 %)
Ei tulovaiheen diagnoosia	7	5	12 (7 %)

104 nuoren (57 % yhteisasiakkaista) potilaskertomuksista löytyi yksi tai useampi merkintä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen arvioon lähettämistä M1-tarkkailulähetteellä.¹ Tarkkailulähete oli kirjoitettu kahdelle kolmasosalle (67 %) pojista ja hieman yli puolelle (52 %) tytöistä. Nämä tilanteet etenivät potilaskertomusmerkintöjen perusteella joko siten, ettei tarkkailuun asettamisten kriteereiden katsottu täytyvän ja nuori kotiutettiin tai hoitoa jatkettiin vapaaehtoisuuteen perustuen, tai kriteerit täytyivät ja nuori asetettiin nuorisopsykiatrian osastolle tarkkailuun.

¹ Mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hän on vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa, eivätkä muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki (1116/1990) Ks. sivu 11.)

Nuorisopsykiatrisen hoidon päättymisestä löytyi merkintöjä 127 nuoren potilasasiakirjoista. Muilla nuorilla hoito oli aineiston keräämisen ajankohtana vielä käynnissä. Vajaalla viidenneksellä (18 %) nuorista hoito päättyi, koska nuori itse ei halunnut jatkaa hoitoa tai kokenut sitä tarpeelliseksi. 13 prosentilla nuorista hoito päätettiin, koska sen jatkamiselle ei hoitotahon arvion mukaan ollut tarvetta. Yhtä monen nuoren hoito päättyi kyseisen sairaanhoitopiirin alueella, koska lastensuojelu sijoitti nuoren toisen sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevaan lastensuojelulaitokseen. Muutamalla (2 %) nuorella hoito päättyi, kun nuori muista syistä muutti toiselle paikkakunnalle. 7 prosentilla nuorista hoito päättyi täysikäisenä ilman lähetettä jatkohoitoon. Vajaalle viidennekselle (23 %) nuorista tehtiin potilaskertomusmerkintöjen mukaan lähete jatkohoitoon aikuispsykiatrian palveluihin nuoren täyttyessä 18. Osa yhteisasiakkuudessa olevista nuorista viettää ison osan lapsuudestaan ja nuoruudestaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden piirissä ja jatkaa hoitoa vielä aikuispsykiatrian palveluissa. 11 nuoren (6 %) potilaskertomuksista löytyi merkinnät sekä nuorisopsykiatrista hoitoa edeltävästä lastenpsykiatrian hoitokontaktista että hoidon jatkumisesta aikuispsykiatrian piirissä nuorisopsykiatrisen hoidon päättyessä.

5.1.2 Nuorten perhesuhteisiin ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät

Potilasasiakirjoissa kerrotaan nuoren perhesuhteista, asumisesta, koulunkäynnistä, muusta sosiaalisesta ympäristöstä ja elämän olosuhteista. Suurimmasta osasta potilaskertomuksia löytyi tietoa nuoren perhemuodosta ja asumisesta. Merkintöjen perusteella noin puolet nuorista asui hoidon alkamisen vaiheessa yhden vanhemmat kanssa, heistä noin 90 prosenttia äidin ja loput isän kanssa. Osa näistä oli uusperheitä, osa yhden vanhemman perheitä. Ydinperheessä asui vajaa kolmannes nuorista. 8 prosenttia nuorista asui hoitoon tullessaan sijaishuollon yksikössä. Muutamien nuorten teksteissä oli maininta vuoroviikkosumimisesta vanhempien kanssa tai asumisesta muun huoltajan kuin vanhemman kanssa. Vajaalla 10 prosentilla nuorista oli toinen vanhempi kuollut, adoptiotausta mainittiin muutamalla nuorella. Yhteisasiakkuudessa olevien nuorten perhemuodot noudattelevat Heinon (2013, 94) havaintoja lastensuojelun asiakkuudessa olevien lasten perhemuodoista. Hänen mukaansa enemmistö Suomen väestön lapsista asuu kahden vanhemman perheessä, kun taas lastensuojelun asiakkuuden alkaessa vain joka kolmas lapsista asui ydinperheessä. Puolet lapsista asui yhden vanhemman perheissä ja viidesosa uusperheissä.

Hoitoon tulon syitä tarkastellessa korostuivat selkeästi nuorten yksilöoireiluun ja käytökseen liittyvät haasteet. Potilaskertomukset sisälsivät kuitenkin paljon mainintoja kouluun, perhetilanteeseen tai sosiaalisiin suhteisiin liittyvistä haasteista. Voi olla, että hoidon tarpeen määrittelyssä nostetaan keskiöön nuoren tai perheen ilmaisemat oireet, ja nuoren olosuhteisiin ja sosiaaliseen ympäristöön liittyviä kuormitustekijöitä kuvataan kirjauksissa enemmänkin taustatietoina tiedostaen, että niillä voi olla nuoren oireiluun vaikutusta. Lukiessani nuorten potilaskertomuksia ensimmäisiä kertoja läpi, huomioni kiinnittyi sellaisiin nuoren perhesuhteisiin tai laajemmin nuoren sosiaalisen ympäristöön liittyviä kuormitustekijöitä käsitteleviin merkintöihin, jotka toistuivat samankaltaisina useissa potilaskertomuksissa. Näitä olivat koulukiusaamiseen, lähisuhdeväkivaltaan, seksuaaliseen hyväksikäyttöön, nuoren päihteidenkäyttöön, perheenjäsenen päihdeongelmaan ja perheenjäsenen tai muun lähisukulaisen mielenterveysongelmaan liittyvät merkinnät (taulukko 9). Nuoren oman päihteidenkäytön katson osaksi tätä kokonaisuutta, koska se on usein kiinteästi yhteydessä nuoren sosiaaliseen verkostoon. 90 prosentilla aineiston nuorista löytyi potilaskertomusmerkintöjä yhdestä tai useammasta edellä mainitusta kuormitustekijästä. Enimmillään yhden nuoren potilaskertomuksesta löytyi merkintöjä kuudesta eri kuormitustekijästä. Heinon (2007, 37) mukaan lastensuojelun asiakkuudessa olevat lapset asuvat usein köyhissä perheissä. Oletin etukäteen, että perheen taloudelliset vaikeudet ja huolet olisivat myös korostuneet aineistossa, mutta vastoin ennako-oletustani ne mainittiin vain muutamman nuoren potilaskertomuksessa. Voi olla, ettei perheen taloudelliseen tilanteeseen liittyviä kysymyksiä ole tapana ottaa esiin nuorisopsykiatrian kontekstissa.

Taulukko 9. Nuoren perhesuhteisiin ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyvät kuormitustekijät

Kuormitustekijät	Tytöt (n=111)	Pojat (n=70)	Yhteensä (n=181) (%)
Koulukiusaaminen (kiusaamisen kohde)	56	22	78 (43 %)
Lähisuhdeväkivalta (koettu tai nähty)	39	14	53 (29 %)
Seksuaalinen hyväksikäyttö	29	1	30 (17 %)
Nuoren huolestuttava päihteidenkäyttö	56	32	88 (49 %)
Perheenjäsenen päihdeongelma	33	19	52 (29 %)
Perheenjäsenen tai muun lähisukulaisen mielenterveysongelma	45	21	66 (36 %)

Vajaa puolet aineiston nuorista oli potilaskertomusmerkintöjen perusteella kokenut kiusatuksi tulemista kouluympäristössä. Koulukiusaamisesta oli merkintöjä useammin tyttöjen kuin poikien potilasasiakirjoissa: tytöistä puolen ja pojista vajaan kolmasosan potilaskertomuksista löytyi merkintöjä koulukiusatuksi tulemisesta. Kouluterveyskyselyn (2017) mukaan yläkouluikäisten nuorten koulukiusatuksi tulemisen kokemukset ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Kyselystä tuli esiin myös, että tytöt kertovat kokemastaan koulukiusaamisesta jollekin koulun aikuiselle useammin kuin pojat. On huomioitava, että kouluterveyskyselyyn vastataan nimettömänä, jolloin kynnys tuoda kiusaamiskokemus esiin voi olla pienempi kuin kasvokkaisessa keskustelussa. On mahdollista, että myös nuorisopsykiatrian kontekstissa tytöt raportoivat kokemastaan koulukiusaamisesta herkemmin kuin pojat, tai että tytöiltä kysytään asiasta suoraan useammin kuin pojilta.

Lähisuhdeväkivallan kohteeksi joutumisesta tai lähisuhdeväkivallan näkemisestä löytyi kirjauksia vajaasta kolmasosasta potilaskertomuksia. Kuten koulukiusatuksi tuleminen, myös lähisuhdeväkivallan kokeminen tai näkeminen näyttää aineistossa olevan yleisempää tytöillä kuin pojilla. Lähisuhdeväkivaltaan liittyviä merkintöjä oli kirjattu potilaskertomuksiin yli kolmannekselle tytöistä, pojista viidesosalle. Vuoden 2013 lapsiuhritutkimuksen (Fagerlund ym. 2014, 48–53) mukaan 16 prosenttia 9.luokkalaisista nuorista raportoi kokeneensa äidin tai isän taholta tukistamista ennen 14 ikävuotta. Vanhempien nuoreen kohdistamaa henkistä väkivaltaa oli raportoi 28 prosenttia ja vakavaa nuoreen kohdistuvaa väkivaltaa 2 prosenttia 9.luokkalaisista. Nuoremman ikäryhmän, 6.luokkalaisten osalta tulokset olivat samansuuntaisia, mutta kokonaisuudessaan nuoremmat raportoivat perheväkivaltakokemuksia vähemmän kuin 9.luokkalaiset. Kyselyyn vastanneista 9.luokkalaisista noin viidesosa oli nähnyt kotona jonkinlaista perheenjäsenten välistä väkivaltaa, fyysisiä väkivallantekoja 7 prosenttia. Nuoremmassa ikäryhmässä näitä kokemuksia oli vähemmän. Sekä henkisen ja lievän väkivallan kokemuksia että perheenjäsenten välisen väkivallan näkemistä tytöt raportoivat enemmän kuin pojat. Tutkimuksessa oli todettu myös, että ydinperheissä elävät nuoret raportoivat henkisen ja lievän väkivallan kokemuksia sekä perheenjäsenten välisen väkivallan todistamista vähemmän kuin muissa perhemuodoissa. (emt. 57–58, 64.) Potilaskertomusaineisto asettaa rajoituksia tulosten suoralle vertailulle, mutta vaikuttaa siltä, yhteisasiakkuudessa olevien nuorten lähisuhdeväkivallan kokemukset ovat yleisempiä kuin nuoruusikäisten keskimäärin. Sukupuoliero noudattelee Lapsiuhritutki-

muksen (emt. 57–58, 64) havaintoja. Huomionarvoista on myös perhemuodon yhteys lähi-suhdeväkivallan kokemuksiin: potilaskertomusaineiston nuorista yli kaksi kolmasosaa asui muussa perhemuodossa kuin ydinperheessä.

Kouluterveyskyselyn (2017) mukaan nuorten kokema seksuaalinen väkivalta on Suomessa etenkin tyttöjen keskuudessa melko yleistä. Peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista tytöistä yli 8 prosenttia oli raportoinut kokeneensa viimeisen vuoden aikana seksuaalista väkivaltaa, pojista 5 prosenttia. Vuoden 2013 Lapsiuhritutkimuksessa (Fagerlund ym. 2014, 82–83) peruskoulun 9. luokkalaisista tytöistä 4 prosenttia oli raportoinut seksuaaliseksi hyväksikäytöksi luokiteltavia kokemuksia, pojista noin prosentti. Tyttöillä suurin osa hyväksikäyttökokemuksista oli tapahtunut 12 ikävuoden jälkeen. Pojilla kokemukset sijoittuivat eri ikävuosille. Potilaskertomusaineistossa seksuaalinen väkivalta näyttäytyi sukupuolittuneena ilmiönä. Kirjauksissa toistui termi seksuaalinen hyväksikäyttö ja siitä löytyi merkintöjä yli neljännekseltä aineiston tytöistä. Viiden tytön potilaskertomuksissa tekijän todettiin olleen lähisukulainen. Pojista vain yhden potilaskertomuksesta löytyi merkintä seksuaalisesta hyväksikäytöstä.

Yhteisasiakkuudessa olevien nuorten päihteidenkäyttöön liittyi potilaskertomusmerkintöjen perusteella paljon huolta. Luokittelussa huomioin ne potilaskertomukset, joista löytyi merkintöjä nuoren itsensä, perheenjäsen tai viranomaisen ilmaisemasta huolesta nuoren päihteidenkäyttöön liittyen, joissa nuoren hoitoon toimittamiseen liittyi päihde tai joissa oli merkintöjä päihteiden säännöllisestä käytöstä alaikäisenä. Merkinnät satunnaisista päihdekokeiluista jätin tässä yhteydessä huomioimatta. Huolta aiheuttavasta päihteidenkäytöstä löytyi merkintöjä lähes puolelta aineiston nuorista. Tytöistä merkintöjä löytyi hieman yli puolelta, pojista hieman alle, eli suurta eroa ei tyttöjen ja poikien väliltä löytynyt. Raitasalon, Huhtasen ja Miekkalan (2016, 18–21, 23–24) mukaan nuorten humalajuominen on selkeästi vähentynyt Suomessa vuosituhannen vaihteen jälkeen ja humalajuomisen aloitusikä on siirtynyt aikaisempaa myöhemmäksi. Vuonna 2015 9. luokkalaisille toteutetussa kyselyssä nuorista alle kymmenesosa raportoi juovansa alkoholia noin viikoittain. 37 prosenttia nuorista oli ollut selkeästi humalassa joskus elämänsä aikana. Kannabiskokeiluja oli ollut 10 prosentilla pojista ja 7 prosentilla tytöistä. Muita laittomia huumeita kuin kannabista oli kokeillut 3 prosenttia nuorista. Yhteisasiakkuusaineistossa alaikäisten nuorten säännöllinen tai muulla tavoin huolta aiheuttava päihteidenkäyttö näyttäytyy yleisempänä kuin saman ikäisillä nuorilla keskimäärin.

Noin kolmanneksesta potilasasiakirjoja löytyi merkintöjä perheenjäsenen päihdeongelmasta. Useimmiten kysymyksessä oli biologisen vanhemman mutta myös vanhemman uuden puolison päihteidenkäyttö. Muutamissa potilaskertomuksissa tuotiin esiin nuoren sisaruksen ongelmallinen päihteidenkäyttö. Tyttöjen potilasasiakirjoista perheenjäsenen päihteidenkäyttöön liittyviä merkintöjä löytyi hieman useammin kuin poikien. Lasten kannalta haitallisen vanhempien päihteidenkäytön yleisyyttä on Suomessa kartoitettu Lapsinen lapsuus-väestökyselyillä, joita on tähän mennessä toteutettu vuosina 1994, 2004 ja 2009. Kyselyiden tulosten perusteella lapsuudenkodissa tapahtuva liiallinen päihteidenkäyttö koskettaa vuosi vuodelta yhä useampaa suomalaista. Vuonna 2009 toteutetun kyselyn perusteella 23 prosenttia suomalaisista on kokenut lapsuudenkodissaan liiallista päihteidenkäyttöä. (Roine & Ilva 2010, 26.) Näyttää siltä, että yhteisasiakkuudessa olevat nuoret altistuvat kodeissaan aikuisten ongelmalliselle päihteidenkäytölle useammin kuin suomalaiset nuoret keskimäärin.

Vanhempien mielenterveysongelmien on todettu olevan yksi merkittävimmistä taustatekijöistä lasten ja nuorten psykiatrisissa häiriöissä. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden siirtyminen sukupolvien ketjussa muodostaa merkittävän polun väestön psykiatrisen sairastavuuden ja sosiaalisen sairastavuuden taustalla. Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu noin 20–25 prosentin alaikäisistä lapsista elävän mielenterveys- ja päihdeongelmaisen vanhemman kanssa. (Solantaus & Paavonen 2009, 1839; 1843.) Suomessa ilmiön laajuutta ei ole tutkittu mutta 2000-luvun alkupuolella on selvitetty, että noin joka kolmannella suomalaisella psykiatrisella potilaalla on alaikäisiä lapsia (Leijala, Nordling, Rauhala ym. 2001, 160). Yhteisasiakkuusaineistosta perheenjäsenen tai muun lähisukulaisen psykiatrisesta sairaudesta löytyi merkintöjä yli kolmasosasta potilaskertomuksia. Tyttöjen potilaskertomuksissa näitä merkintöjä oli useammin kuin poikien: tytöistä 41 prosentilla ja pojista 30 prosentilla. Myös tässä mielessä yhteisasiakkuudessa olevien nuorten taustoista löytyy keskivertoa useammin kuormitustekijöitä.

5.1.3 Lastensuojelun asiakkuus ja muut auttajatahot

Lähes kaksi kolmannesta yhteisasiakkuudessa olevista nuorista on potilaskertomusten merkintöjen perusteella ollut lastensuojelun asiakkuudessa ennen nuorisopsykiatrisen hoidon alkamista. Nuorisopsykiatrisen hoito puolestaan oli aloitettu ennen lastensuojelun asiakkuutta vajaalla kolmasosalla yhteisasiakkaista. Muutamien nuoren potilasasiakirjoista ei käynyt selville, kumpi taho oli ollut nuoren tilanteessa mukana ensin. Joissain tilanteissa ensikontakti sekä nuorisopsykiatriaan että lastensuojeluun oli tapahtunut yhtä aikaa. Potilaskertomusmerkintöjen perusteella ei ole mahdollista täysin aukottomasti määrittää, kumpi taho nuoren tilanteeseen on tullut mukaan ensimmäisenä, mutta kirjausten perusteella vaikuttaa siltä, että yhteisasiakkuudessa olevilla nuorilla on tyypillisimmin ollut ensin kontakti lastensuojeluun ja vasta sen jälkeen he ovat ohjautuneet nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin. Muutamissa potilaskertomuksissa oli merkintöjä siitä, kuinka juuri lastensuojelun työntekijä on ollut ohjaamassa nuorta nuorisopsykiatriseen hoitoon.

Yli 70 prosentilla nuorista oli potilasasiakirjamerkintöjen mukaan ollut lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian lisäksi myös muita viranomaisia ja auttamisjärjestelmän aikuisia mukana elämässään. Useissa potilaskertomuksissa oli mainintoja käynneistä koulukuraattorin tai koulupsykologin luona. Myös perheneuvolan tai nuorten perustason päihde- ja mielen-terveyspalveluiden kontakteista löytyi melko paljon mainintoja. Muutamissa potilaskertomuksissa mainittiin myös poliisi sekä erilaisia kolmannen sektorin toimijoita ja yksityisiä palveluntuottajia. Osa eri organisaatioiden työntekijöistä on ollut nuoren ja perheen elämässä mukana eri aikaan. Joku taho on jäänyt verkostosta pois, kun nuori on ohjattu palvelujärjestelmässä eteenpäin tai siirtynyt iän myötä palvelusta toiseen. Esimerkiksi nuoren siirtyessä nuorisopsykiatriseen hoitoon säännölliset tapaamiset matalan kynnyksen palvelussa kuten koulukuraattorin vastaanotolla päättyivät. Joissain tilanteissa eri organisaatioiden työntekijät ovat jatkaneet työskentelyä nuoren asioissa yhtä aikaa hoitaen kukin omaa tehtävänsä. Esimerkiksi muutamissa tilanteissa, joissa nuoren päihdeidenkäytöstä oli huolta, järjestettiin päihdehoito perustason palveluissa ja psyykkisen voinnin hoito nuorisopsykiatrialla. Samanaikaisesti myös lastensuojelu työskenteli perheiden kanssa. Suurella osalla nuorista auttajaverkosto näyttää koostuvan useamman eri organisaation työntekijöistä ja olevan melko laaja.

Noin kahdella kolmasosalla (67 %) yhteisasiakkuudessa olevista nuorista oli potilaskertomuksissaan kirjauksia sijoitusta koskevista keskusteluista ja pohdinnoista. Sijoitusta koskevat keskustelut olivat lähes yhtä yleisiä tyttöjen ja poikien potilaskertomuksissa. 57 prosenttia nuorista oli merkintöjen perusteella sijoitettu joko ennen nuorisopsykiatrisen hoidon alkamista tai hoidon aikana. Tytöistä oli sijoitettu 55 prosenttia ja pojista 61 prosenttia, eli sijoitus oli toteutunut useammin pojilla kuin tytöillä. Potilaskertomusmerkintöjen perusteella ei ollut mahdollista luotettavasti eritellä, kuinka usein kyseessä oli avohuollon sijoitus ja kuinka usein kiireellinen sijoitus. 39 prosenttia nuorista oli huostaanotettuna joko ennen nuorisopsykiatrisen hoidon alkamista tai huostaanottoon päädyttiin hoidon aikana. Pojista oli huostaanotettu 44 prosenttia ja tytöistä 35 prosenttia eli huostaanotot olivat pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Hoitoon tulon vaiheessa sijaishuollon yksiköissä asui ainoastaan 8 prosenttia nuorista, eli suurin nuorista oli sijoitettu tai otettu huostaan nuorisopsykiatrisen hoidon aikana. Nuorisopsykiatrisen hoito ja lastensuojelun sijoitus näyttävät aineiston nuorilla usein nivoutuvan yhteen, mikä on linjassa Siposen ym. (2007) tutkimushavaintojen kanssa.² Hoitoontuloiän mukaan tarkasteltuna (taulukko 10) voi todeta, että nuorisopsykiatrisen hoidon alkaminen varhaisemmassa nuoruudessa on useammin yhteydessä huostaanottoon kuin hoidon alkaminen yli 15-vuotiaana.

Taulukko 10. Huostaanotettujen määrä hoitoontuloiän mukaan tarkasteltuna

Hoitoontuloikä	Hoitoon tulleiden määrä	Huostaanotetut (%)
12	3	2 (67 %)
13	73	30 (43 %)
14	45	20 (45 %)
15	37	12 (32 %)
16	16	4 (25 %)
17	7	2 (29 %)

Hoitoon tulon syitä tarkasteltaessa on havaittavissa, että huostaanotettuja nuoria on eniten siinä ryhmässä, jonka hoidon syyksi on kirjattu nuoren käytökseen liittyvä ongelma. Käytökseen liittyvän syyn vuoksi hoitoon tulleista nuorista yli 60 prosenttia oli otettu huostaan

² Siposen ym (2007) tutkimuksessa havaittiin tahdosta riippumattomien hoitojen ja sijoitusten välillä keskinäinen riippuvuus: alueilla, joilla tahdosta riippumatonta hoitoa käytettiin keskimääräistä useammin, tehtiin myös lastensuojelun sijoituksia keskimääräistä useammin. Vastaavasti alueilla, joilla tahdosta riippumatonta hoitoa käytettiin vähemmän, myös sijoituksia tehtiin vähemmän. Ks. sivut 12–13.

joko ennen nuorisopsykiatrista hoitoa tai sen aikana. Yksilöoireiden ja -ongelmien vuoksi hoitoon tulleista nuorista huostaanotettuna oli noin neljännes. Diagnooseittain tarkasteltuna ilmiö näyttäyty samansuuntaisena: Nuorista, joille on hoidon aloitusvaiheessa asetettu tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin liittyvä diagnoosi, oli otettu huostaan yli puolet. Niistä nuorista, joiden hoidon aloitusvaiheen diagnoosi sisältyy diagnoosiryhmään neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, oli otettu huostaan yli kolmannes ja mielialahäiriöihin sisältyvän diagnoosin saaneista nuorista noin neljännes. Tarkasteltaessa perheenjäseniin tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyviä kuormitustekijöitä (ks. sivu 48) ja huostaanotettuja nuoria tuli esiin, että suurimmalla osalla aineiston huostaanotetuista nuorista on potilaskertomuksissaan maininta yhdestä tai useammasta kuormitustekijästä. Ainoastaan 13 prosentista huostaanotettujen nuorten potilaskertomuksia ei löytynyt kirjauksia yhdestäkään luokittelemastani kuormitustekijästä.

5.2 Yhteistyö potilaskertomuksissa

5.2.1 Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden yhteistyön areenat

Potilaskertomusmerkintöjen perusteella yhteisasiakkuudessa olevista nuorista suurimman osan kohdalla on lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä pidetty yhteyttä jossain muodossa. Lastensuojeluilmoituksen tekemistä koskevia merkintöjä löytyi kahdesta kolmanneksesta potilaskertomuksista. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden kasvokkaisista kohtaamisista löytyi merkintöjä 77 prosentista potilaskertomuksista, muusta kuin kasvokkaisesta yhteydenpidosta 80 prosentista potilaskertomuksista. Tyypillisimmin yhteyttä on pidetty tapaamisten lisäksi puhelimitse. Jonkin verran löytyi merkintöjä myös sähköpostiviesteistä ja työntekijöiden välillisestä yhteydenpidosta jonkun kolmannen osapuolen kautta. Merkintöjä tietojen vaihtamisesta asiakirjojen kautta löytyi suurimmasta osasta potilaskertomuksia. Yhteydenpitoa kuvaavien merkintöjen kautta tulee esiin D'amourin ym. (2005) kuvaama moniammatillisen yhteistyön jakamisen ulottuvuus. Jakaminen liittyy jaettuun tietoon, jaettuun suunnitteluun ja eri asiantuntijoiden näkökulmien jakamiseen.

Ainoastaan 12 nuoren potilaskertomusteksteistä ei löytynyt merkintöjä työntekijöiden kohtaamisesta, yhteydenpidosta tai asiakirjojen luovuttamisesta viranomaisten välillä. Eri tahot kuten nuori, perhe tai jonkun muun organisaation työntekijä määrittivät lastensuojelua tai kertoivat lastensuojelun työskentelystä. Tällaista erillistä työskentelyä saman asiakkaan tilanteessa kutsutaan D'amourin ym. (2008) moniammatillisen yhteistyön intensiivisyyttä kuvaavassa typologiassa mahdollisen yhteistyön tasoksi ja Hodgesin ym. (2003) yhteistyön porrasmallissa erillisen toiminnan vaiheeksi. Kaikista potilaskertomuksista ei tullut esiin, mistä niihin kirjattu lastensuojelua koskeva tieto oli saatu. Asiakirjojen perusteella voi tulkitella, että lastensuojelun määrittelyä ja toteutaviin liittyvää vastuunjakoja tehtiin myös ilman lastensuojelun läsnäoloa.

”Perhetapaamisessa keskusteltu erilaisista vaihtoehdoista [nuoren] asumisjärjestelyiden suhteen. [– –] Tässä vaiheessa etäisyydenotto akuuttiin tilanteeseen ja rauhallinen miettiminen sekä vanhempien että lastensuojelun välillä on aiheellista ennen asumisjärjestelyistä päätöstä.” lääkäri

”Lastensuojeluun otetaan yhteyttä osastohoidon nyt päättyessä. Lastensuojelun tiiviin seurannan tarve on.” lääkäri

On huomioitava, etteivät kaikki aineiston nuorten hoitoon liittyvät työntekijöiden väliset kohtaamiset tai muu yhteydenpito välttämättä tule näkyväksi tässä aineistossa. Aineiston sisältämänä ajanjaksona nuorisopsykiatrian kirjaamiskäytäntö on kyseisen sairaanhoitopiirin alueella muuttunut siten, että ilman lääkäreitä pidettyjä verkostotapaamisia tai työntekijöiden välillä käytyjä puhelinkeskusteluja on asiayhteydestä riippuen alettu kirjata potilaskertomusten lisäksi myös päivittäisen hoidon kertomuksiin, jotka eivät sisälly tähän aineistoon.

5.2.2 Lastensuojeluilmoitukset

Lastensuojeluilmoituksen tekeminen oli usein ensimmäinen kontakti nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun välillä. Vaikka nuorisopsykiatrian työntekijöillä olisi ollut tiedossa nuoren lastensuojeluasiakkuus, yhteydenpitoa ei välttämättä tapahtunut ennen kuin tilanteen arviointiin edellyttävän lastensuojeluilmoituksen tekemistä. Lastensuojeluilmoitusta tai lastensuojelutarpeen selvityspyyntöä koskevia merkintöjä löytyi 124 (n=181) nuoren potilaskertomuksista joko yksi tai useampi. Merkinnät koskivat joko pohdintaa tai keskustelua lastensuojeluilmoituksen tai selvityspyynnön tekemisen tarpeesta tai jo tehtyä ilmoi-

tusta/pyyntöä. Osa merkinnöistä koski nuorisopsykiatrian työntekijän tekemää lastensuojeluilmoitusta tai selvityspyyntöä. Moniin potilaskertomuksiin oli kirjattu tietoja myös perheen tai jonkun muun nuoren asioissa mukana olevan toimijan kuten koulun tai päivystyksen tekemistä lastensuojeluilmoituksista.

Tiedot lastensuojeluilmoituksista perustuvat potilaskertomustekstien merkintöihin, joissa kuvataan lastensuojeluilmoitusten tekemistä. Varsinaisia lastensuojeluilmoituksia ei tallenneta potilastietojärjestelmään vaan erilliseen sähköiseen arkistoon, eivätkä ne sisälly aineistoon. Erilaisia lastensuojeluilmoituksen tekemiseen liittyviä perusteluja löytyi aineistosta 38 erilaista tyyppiä. Luokittelin yhteen kaikki sellaiset perustelut, joiden katsoin erilaisista sanamuodoista huolimatta tarkoittavan samaa asiaa ja selvitin, montako kertaa ne aineistossa esiintyivät. Luokittelin nämä 38 erilaista huolenaihetyyppiä hoitoon tulon syitä mukailleen kuuteen eri kategoriaan: nuoren käytökseen liittyvät huolenaiheet, perhetilanteeseen ja vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet, nuoren sosiaaliseen ympäristöön liitetyt huolenaiheet, koulunkäyntiin ja kouluympäristöön liitetyt huolenaiheet, yksilöoireisiin ja ongelmiin liitetyt huolenaiheet sekä muut näiden kategorioiden ulkopuolelle jäävät huolenaiheet. Useissa lastensuojeluilmoituksissa tuotiin esiin monia yhtäaikaista huolenaiheita, jotka liittyivät useampaan eri kategoriaan.

Eniten lastensuojeluilmoituksia oli tehty nuoren käyttäytymiseen liittyvistä huolenaiheista. Näistä löytyi potilaskertomuksista 89 merkintää. Yli puolet (55 %) ilmoituksista liittyi nuoren päihteidenkäyttöön ja lähes kolmannes (30 %) nuoren väkivaltaiseen, uhkaavaan tai aggressiiviseen käyttäytymiseen. Muita nuoren käyttäytymiseen liittyviä huolenaiheita olivat karkaaminen kotoa, osastolta tai nuorisokodista, näpistykset ja varkaudet sekä muu häiriökäyttäytyminen.

”Nyt osastolla [- -] alkoholi-intoksikaation vuoksi, [- -] ambulanssi tuonut tajuttomana [- -] päivystykseen mistä siirto yöksi teho-osastolle. [- -] Lastensuojeluilmoitus tehty.” lääkäri

Perhetilanteeseen ja vanhemmuuteen liittyvät huolenaiheet olivat toiseksi yleisin lastensuojeluilmoituksen peruste. Näistä löytyi 54 merkintää. Hieman yli neljännes (26 %) ilmoituksista liittyi perheen sisäisiin ristiriitoihin ja perheenjäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen. Lähes yhtä moni ilmoitus (24 %) koski vanhemmuuden haasteita. Ilmoituksissa raportoitiin riitaisuutta perheen jäsenten kesken sekä vanhempien keskinäisiä kärjistyneitä erimielisyyksiä. Joissain tilanteissa kotitilanteen raportoitiin kärjistyneen siten, ettei nuori

suostunut palaamaan kotiin osastohoidon jälkeen. Vanhemmuuden haasteet liittyivät nuoren kotoa saaman tuen riittämättömyyteen ja nuoren ikätasoon nähden liian suureen vastuun kantamiseen perheen arjesta sekä vanhempien tuen tarpeeseen kasvatuksen ja rajojen asettamisen kysymyksissä.

”Tehty lastensuojeluilmoitus [kunnan] lastensuojeluun. Kotikäynnin perusteella huolenaiheena perheen arjenhallinnan keinottomuus ja nuorella mahdollisesti liikaa vastuuta kotitöiden ja kotielämien kanssa.” sosiaalityöntekijä

”Ilmoituksessa toivottiin lastensuojelun työskentelyä vanhempien kanssa kasvatusasioissa” sosiaalityöntekijä

Viidenneksessä (20 %) ilmoituksia huolenaiheet liittyivät vanhemman jaksamiseen sekä vanhemman tai muun perheenjäsenen psyykkiseen vointiin tai muuhun sairauteen. Ilmoituksia oli tehty myös nuoreen tai sisaruksiin kohdistuneesta perheväkivallasta, vanhemman päihteidenkäytöstä ja perheen asumiseen ja taloudelliseen tilanteeseen liittyvistä huolista.

”Äiti on valmis lastensuojeluilmoituksen tekemiseen oman heikentyneen jaksamisensa vuoksi” lääkäri

Kolmanneksi yleisin lastensuojeluilmoituksen peruste olivat nuoren yksilöoireiluun liittyvät huolenaiheet, joista löytyi 47 merkintää. Lähes puolet (45 %) ilmoituksista oli tehty nuoren itsemurhayrityksen vuoksi. Lastensuojeluilmoituksia oli tehty myös nuoren muusta itsetuhoisesta oireilusta, jumiutumista kotiin, puutteista omasta itsestään ja terveydestään huolehtimisessa, huonosta psyykkisestä voinnista ja vaikeutuneesta nuoruusiän kehityksestä sekä nuoren raskauteen ja omaan vanhemmuuteen liittyvistä huolenaiheista.

”Soitan lsv sos.tt [nimi] ja teen lsv-ilmoituksen [nuoren] jumittumisesta kotiin ja kyvyttömyydestä nyt huolehtia omasta hyvinvoinnista ja terveydestä.” sairaanhoitaja

”[Nuori] päivystyksessä itsetuhoisuuden vuoksi.[–]. Lähetetään lastensuoj.ilmoitus, joka tehty päivystyksessä, [kunnan] lastensuojeluun.” sosiaalityöntekijä

Nuoren koulunkäyntiin liittyvistä lastensuojeluilmoituksista löytyi potilasasiakirjoista 28 mainintaa. Ilmoitukset liittyivät suurimmaksi osaksi nuoren lukuisiin koulupoissaoloihin tai totaaliseen poisjääntiin koulusta, mutta niitä oli tehty myös haasteista asettua koulun sääntöihin. Ilmoitukset tulivat potilasasiakirjoissa esiin suurimmaksi osaksi mainintoina koulun henkilökunnan tekemistä lastensuojeluilmoituksista, mutta koulunkäynnin vaaran- tumisen liittyviä ilmoituksia oli tehty myös nuorisopsykiatrian osastoilta ja poliklinikoilta. Nuoren sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyvistä huolenaiheista tehdyistä lastensuo-

jeluilmoituksista löytyi seitsemän mainintaa. Ilmoitukset liittyivät epäilyyn nuoren joutumisesta seksuaalirikoksen uhriksi, nuoren liikkumiseen huonossa seurassa sekä yleiseen syrjäytymisriskiin.

”Tehty kirjallinen lastensuojeluilmoitus [kunnan] lastensuojeluun. [Nuori] on vakavassa syrjäytymisvaarassa. Viettää lähes kaiken aikansa kotona omassa huoneessaan. Opinnot [peruskoulun] jälkeen eivät ole käynnistyneet.” sosiaalityöntekijä

Nuoren, vanhempien tai koko perheen hoitokielteisyyteen tai hoidon laiminlyöntiin liittyvistä lastensuojeluilmoituksista löytyi 14 merkintää. Ilmoitukset liittyivät-tilanteisiin, joissa nuori jätti toistuvasti tulematta avohoidon käynneille tai nuori tai perhe kieltäytyi tarpeelliseksi katsotusta osastohoidosta tai tutkimuksista, eikä nuorisopsykiatrisella hoidolla ollut enää toimintamahdollisuuksia nuoren tilanteen eteenpäin viemiseksi.

”Nuori ja nuoren äiti olleet lääkekielteisiä ja osastohoidon vastaisia. Lsv-ilmoitus tehty.” lääkäri

Tehtyjä lastensuojelutarpeen selvityspyyntöjä oli kirjattu kuusi ja niitä perusteltiin tarpeena ja toiveena kartoittaa nuorelle ja perheelle soveltuvia tukitoimia ja palveluja. Osa lastensuojeluilmoituksen tekemisen syistä jäi epäselväksi, koska potilaskertomusmerkinnöistä löytyi kirjaus ainoastaan siitä, että lastensuojeluilmoitus oli tehty. Yleensä nämä merkinnät olivat mainintoja siitä, että joku muu taho on tehnyt lastensuojeluilmoituksen, eikä ilmoituksen syitä eritelty.

5.2.3 Työntekijöiden kasvokkaiset kohtaamiset

Ammattilaisten säännöllisten yhteisten tapaamisten on todettu edistävän moniammatillista yhteistyötä (Cooper, Evans & Pybis 2016, 337–338). Tässä tutkimuksessa 140 nuoren potilaskertomuksista löytyi kirjauksia nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden kasvokkaisista kohtaamisista nuoren hoidon aikana joko nuorisopsykiatrian, lastensuojelun tai muun yhteistyökumppanin tiloissa. Yhteisiä kohtaamisia kuvaavia tekstikatkelmia löytyi yhteensä 618. Näistä nuorista vajaan kuudesosan kohdalla löytyi yksittäinen merkintä työntekijöiden tapaamisesta nuoren hoidon aikana, suurimman osan kohdalla kohtaamisista löytyi useampia merkintöjä. Enimmillään lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden kasvokkaisista kohtaamisista löytyi 22 potilaskertomusmerkintää saman nuoren asiakirjoista yli kolmevuotisen nuorisopsykiatrisen hoidon ajalta. Työntekijöiden kasvokkaiset

kohtaamiset olivat olleet verkostotapaamisia, hoitoneuvotteluita, kriisitapaamisia, lääke-seurantatapaamisia, tarkkailutapaamisia sekä osastojakson aloitus- ja lopetustapaamisia. Lähes kaikissa viranomaisten välisissä kohtaamisissa oli ollut paikalla nuori ja/tai vanhempi, pelkästään viranomaisten välisiä tapaamisia on potilaskertomusmerkintöjen perusteella pidetty hyvin vähän. Suurin osa tapaamisista toteutui nuorisopsykiatrian tiloissa. Yli puolet kohtaamisista toteutui nuorisopsykiatrian poliklinikalla ja kolmasosa nuorisopsykiatrian osastoilla. Muutamia yhteisiä tapaamisia oli toteutettu lastensuojelulaitoksen, lastensuojeluviraston, koulun ja nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden tiloissa. Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että lääkärijohtoiset tapaamiset on tapana järjestää lähes aina nuorisopsykiatrian tiloissa.

Yli puoleen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisistä tapaamisista oli osallistunut lastensuojelun edustajana lastensuojelulaitoksen työntekijä: nuoren omaohjaaja, vastaava ohjaaja, lastensuojelulaitoksen johtaja, psykologi, toimintaterapeutti tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Lastensuojelun sosiaalityöntekijän osallistumisesta yhteisiin tapaamisiin löytyi lähes 300 merkintää. Muita tapaamismerkinnöissä mainittuja lastensuojelun työntekijöitä olivat perhetyöntekijät, sosiaaliohjaajat ja tukihenkilöt. Joissain merkinnöissä lastensuojelun osallistuminen tapaamisiin oli kirjattu tarkemmin erittelemättä ”lastensuojelun edustajina”, ”lastensuojelun työntekijöinä” tai ”lastensuojeluna”. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden lisäksi yleisin tapaamisissa mukana ollut yhteistyökumppani oli koulun työntekijä: opettaja, kuraattori, rehtori, koulupsykologi, koulun sosiaaliohjaaja, kouluterveydenhoitaja tai opinto-ohjaaja. Koulun työntekijöiden läsnäolosta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian kohtaamisissa löytyi 85 merkintää. Myös yksityispuolen terapeuttien ja nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden työntekijöiden läsnäolosta yhteisissä kohtaamisissa löytyi muutamia mainintoja. Lisäksi löytyi yksittäisiä merkintöjä vammaispalveluiden, maahanmuuttajapalveluiden ja aikuissosiaalityön työntekijöiden mukanaolosta. Nuorisopsykiatrian ja muiden yhteistyökumppaneiden välillä on pidetty sellaisia verkostotapaamisia, joihin lastensuojelun työntekijä ei ole osallistunut. Koulun ja nuorisopsykiatrian väliset tapaamiset ilman lastensuojelua näyttäytyivät aineistossa yleisinä. Nuorisopsykiatrian ja perustason nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden välisiä tapaamisia kuvattiin myös muutamissa potilaskertomuksissa.

Tapa kuvata viranomaisten välisiä kasvokkaisia kohtaamisia vaihtelee potilaskertomuksissa paljon. Osasta kirjauksia tulee esiin kaikkien neuvotteluun osallistuvien tahojen näkökulmat ja suunnitelmat, käynnissä olevat tukitoimet ja niiden tavoitteet. Toista ääripäätä edustavat lyhyet maininnat, että palaveriin on osallistunut muita viranomaisia. Lähes poikkeuksetta viranomaisten välisiä kohtaamisia kuvaavissa kirjauksissa on kuvattu selkeästi nuoren ja vanhempien näkökulmat tilanteeseen ja käsiteltäviin asioihin, mikäli he ovat olleet tilanteissa paikalla. Noin puolet kirjauksista sisältää tämän lisäksi kuvausta moniorganisatorisesta dialogista, jossa nuoren vointia ja tilannetta käydään läpi eri organisaatioiden ammattilaisten näkökulmasta eritellen eri puhujien ääniä.

”Nuori ollut [lastensuojelulaitoksessa] eilisestä lähtien. Siellä herännyt huolta nuoren voinnista lähinnä mahdollisen itsetuhoisuuden osalta. Nuori ei kuitenkaan [lastensuojelulaitoksen] työntekijöiden mukaan ole puheillaan tai käyttäytymisellään osoittanut itsetuhoisuutta. [– –] [Nuorisopsykiatrian sairaanhoitajan] mukaan nuori on ollut kahdenkeskisissä tapaamisissa avoimempi ja paremmin kontaktissa.” lääkäri

”Tutkimusjaksolla esiin nuoren huolestuttavan runsas päihdekäyttö. [– –] [Koulusta] työntekijät kertovat, että runsaasti poissaoloja, opinto-ohjaajan kanssa sovittu [koulun] keskeyttämisestä, [– –]. Sosiaalityöstä todetaan, että [– –] nuoresta tehty seitsemän lastensuojeluilmoitusta, [– –] Ongelmallista sosiaalityön näkökulmasta, että kriisit alkavat nopeasti, voimakkaita ja loppuvat myös nopeasti, minkä jälkeen tilanteen ollessa rauhallisempi perhe ei sitoudu pitkäjänteiseen perhetyöhön, joten interventioiden vaikuttavuus jäänyt heikoksi.” lääkäri

Hieman yli puolet yhteisiä kohtaamisia kuvaavista kirjauksista sisältää moniäänistä kuvausta eri tahojen roolien, vastuunjaon ja toimintaedellytysten määrittelystä suhteessa nuoren tilanteeseen ja avuntarpeeseen. Kirjauksissa kuvataan tapaamisissa käytyä dialogia, jossa eri organisaatioiden edustajat vuorotellen määrittelevät omasta näkökulmastaan, mikälainen auttamistyö nuoren tilanteessa on tarpeellista ja mahdollista.

”Lastensuojelulla on tällä hetkellä arviojakso meneillään. [Lastensuojelun sosiaalityöntekijä] tuo esille, ettei koe esim. lastensuojelulaitoksen olevan hyvä ratkaisu [nuoren] tilanteessa tällä hetkellä. [Sos.tt] toivoo ensin selkeää kannanottoa nuoren psyykkiseen vointiin ennen kuin lastensuojelu voi ottaa tilanteeseen enempää kantaa. [– –] Sovittu, että selvitetään/pohditaan [nuorisopsykiatrian] toimesta mahdollisuutta lyhyeen osastojaksoon tarkoituksena arvioida [nuoren] tämän hetkistä psyykkistä vointia sekä lääkitystä. Luvattu olla yhteydessä lastensuojeluun asian tiimoilta.” sairaanhoitaja

”Sosiaalityöntekijät näkevät nuoren tilanteena niin ettei ole tarvetta nuorta sijoittaa, koska on ns. hyvä tukiverkosto, [– –] Poliklinikan työntekijä kertoo että nuoren ongelmat näyttäneet viime syksynä poissaoloina koulusta, toimintakyvyn heikkenemisellä, esim hygienia ja perusasiat unohtuneet ja nuori ollut kovin yksinäinen, ilman kavereita ja aikuisia. Palaverissa korostuu sukulaisten tukeminen ja ottaminen mukaan nuoren hoitoon mukaan. [– –] Tuetaan nuoren asumista kotona äidin luona Seuraava hoitoneuvottelu [päivämäärä ja aika] pyydetään lisäksi mukaan kuuraattori [– –] koulusta ja tati [– –].” lähihoitaja

Yhteisiä kohtaamisia kuvaavissa teksteissä toistuu usein kerrontatapa, jossa kuvataan nuoren vointia ja olosuhteita erittelemättä, kenen näkökulmasta tilanne kuvatus kaltaisena näyttäytyy. Tekstissä ei eritellä, onko kyseessä nuoren tai perheen näkemys vai ammattilaisen arvio. Tapaamista edeltäviä tapahtumia kuvataan erittelemättä, mistä kyseinen tieto on saatu. Tyypillistä on myös, että kirjauksissa luetellaan lyhyesti aiheet, joista tapaamisella on keskusteltu, avaamatta niiden sisältöä tai eri osapuolten näkökulmia käsiteltyihin aiheisiin.

”verkostoneuvottelu, jossa [nuorisokodin] työntekijöitä. [Nuori] itse ei tullut paikalle [– –] neuvottelussa käytiin läpi toimintatapoja ja Keskustelua [nuoren] tilanteen ymmärtämiseksi.” lääkäri

Yhteisiä kohtaamisia kuvaavat tekstit sisältävät toistuvasti vain maininnan lastensuojelun työntekijän läsnäolosta tapaamisella ja lyhyen selitteen, miksi hänet on kutsuttu tilanteeseen paikalle. Kohtaamiset kuvautuvat teksteissä yksikanavaisena viestintänä, jossa lastensuojelu näyttäytyy äänettömänä, tietoa vastaanottavana osapuolena. Teksteissä toistuvat nuorisopsykiatrian tavoitteet lastensuojelun tukimuotojen selvittelystä tai nuorisopsykiatrian hoitotiimissä heränneen huolen viestittämisestä lastensuojelulle.

”Uloskirjoitustapaaminen: [Nuori], äiti, [päiväosaston] työntekijä, avohoidon oma-työntekijä, LS-yhteyshenkilö, sh [nimi], psykologi [nimi], FT [nimi] ja ak [lääkäri]. [– –][Nuori] on aloittanut eilen [päiväosastolla], jossa ennen avohoidon aloittamista 2 viikon jaksolla. Käyty läpi nuoren lähes 2 kk.n osastojakson [– –]vaiheita, tuloksia ja hoitolinjoja. [Nuoren] oirekuvassa on näyttäytynyt ahdistuneisuus ja uni-ongelmat, [– –]. Nuoren toimintakyky koulussa ja osaston arjessa näyttäytynyt kohdalaisen hyvänä, [– –]. Kartoitettu lastensuojelun mahdollisuutta tukea nuorta jatkossa. [Päiväosastolla] suunnitteilla aktiivisempi ja toiminnallisempi jakso jonka jälkeen nuoren hoitosuhde siirtyy avopuolelle missä jo käynnistyneet yksilökäynnit voivat jatkua. [Nuori] itse ei edelleenkaan ole kovin motivoitunut hoitokontaktiin tätä häneltä tiedusteltaessa.” lääkäri

”Tuodaan lastensuojelulle tietäväksi se, että nuoren nuorisopsykiatrinen hoito ei näillä rakenteilla toteudu sillä tavoin, että nuori hoidosta hyötyisi. Perhetilanne tällä hetkellä se, että nuoren kasvu ja kehitys vaarantuu vakavasti, mikäli vanhempien välistä riitatilannetta ei saada rauhoiteltua.” lääkäri

Erityisesti osastohoitoon mutta myös polikliiniseen hoitoon liittyviä yhteisiä kohtaamisia kuvataan kirjauksissa usein siten, ettei syy lastensuojelun työntekijän läsnäololle tapaamisessa tai hänen roolinsa nuoren ja perheen tilanteessa tule esiin. Tekstit sisältävät lyhyen maininnan, että lastensuojelun työntekijä on tapaamisessa paikalla. Teksteissä kuvataan nuoren, vanhempien ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden näkemyksiä ja havaintoja nuoren voinnista ja tilanteesta sekä todetaan nuorisopsykiatrista hoitoa koskeva suunnitelma. Myös useista lastensuojelun, nuorisopsykiatrian ja koulun yhteisiä tapaamisia kuvaavista teksteistä välittyi kuva lastensuojelusta dialogin äänettömänä osapuolena. Nuoren, perheen,

koulun ja nuorisopsykiatrian välillä käytyä dialogia tehdään teksteissä näkyväksi lastensuojelun työntekijän läsnäolon näkyessä vain mainintana, että hän on ollut tilanteessa paikalla.

5.2.4 Puhelinkeskustelut ja muu yhteydenpito

143 nuoren potilaskertomusmerkintöjen mukaan nuoren hoidon aikana on lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä pidetty yhteyttä muilla tavoin kuin kasvokkaisessa kontaktissa. Kuvauksia muusta kuin kasvokkaisesta yhteydenpidosta löytyi 587 tekstikatkelmaa. Yhteydenpito on tapahtunut useimmiten puhelimitse, yksittäisiä mainintoja löytyi myös sähköpostiviesteistä. Kirjaukset sisältävät mainintoja myös välillisestä yhteydenpidosta nuoren, perheen tai muun yhteistyökumppanin kautta. Tällöin nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun työntekijät eivät viesti suoraan keskenään vaan nuori, perhe tai joku muu toimii sovittu tai olosuhteiden pakosta viestinviejänä. Usein nämä viestintäkeinot vaikuttivat liittyvän aikatauluhaasteisiin, kun sovittu yhteinen tapaaminen peruuntui viime hetkellä. Muutamien nuorten potilaskertomuksissa välillinen yhteydenpito näyttäytyi pääasiallisena yhteydenpitomenetelmänä. Viestin kulkeminen useiden osapuolten kautta voi aiheuttaa epäselvyyksiä. Epäselvän ja tehottoman kommunikaation on havaittu rajoittavan ja estävän moniammatillista yhteistyötä (Cooper ym. 2016).

Puhelinkeskusteluista tehtyjen kirjausten perusteella vaikuttaa siltä, että nuorisopsykiatrian työntekijät kutsuvat lastensuojelun sosiaalityöntekijöitä melko aktiivisesti hoitoneuvotteluihin mukaan. Toisinaan lastensuojelun sosiaalityöntekijät ovat itse olleet yhteydessä nuorisopsykiatrian osastolle tai poliklinikalle ja pyytäneet kutsua seuraavaan hoitoneuvotteluun. Merkintöjä siitä, että lastensuojelun sosiaalityöntekijä olisi kutsunut nuorisopsykiatrian työntekijän lastensuojelun neuvotteluun mukaan, ei juurikaan löytynyt. Puhelinkeskusteluita oli käyty myös niissä tilanteissa, kun lastensuojelun sosiaalityöntekijä oli estynyt osallistumasta hoitoneuvotteluun. Tällöin nuorisopsykiatrian työntekijä oli puhelimitse kertonut lastensuojelun sosiaalityöntekijällä neuvottelussa keskustelluista asioista ja tehdystä hoitosuunnitelmasta. Nuorisopsykiatrian työntekijöiden ja lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden puhelinkeskusteluissa neuvoteltiin usein erilaisista tukitoimista ja niiden järjestämisestä. Lastensuojelulaitosten työntekijöiden ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden välillä

käydyistä puhelinkeskusteluista löytyi myös paljon merkintöjä. Yhteydenotot liittyivät yleensä ajanvarauksiin, lääkitykseen, nuoren huonontuneeseen vointiin tai muuhun oireiluun sekä nuoren arkeen. Osapuolet informoivat toisiaan tapahtuneista muutoksista, esimerkiksi nuoren asioissa mukana olevien työntekijöiden vaihtumisesta.

5.2.5 Lastensuojelun määrittelyä ilman lastensuojelua

Potilaskertomusmerkintöjen perusteella lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyötä tai lastensuojelun roolia nuoren ja perheen tilanteessa kuvataan ja määritellään myös sellaisissa tilanteissa, joissa lastensuojelun työntekijä ei ole paikalla. Tällaisia kuvauksia löytyi yli viidesosasta potilaskertomuksia. Kirjausten perusteella nuoren, perheen ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden kesken käydään toistuvasti neuvottelua lastensuojelun osallisuuden ja tukitoimien tarpeellisuudesta ylipäättään. Toisinaan näkemys on yhteinen, toisiaan perheen ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden ajatukset asiasta voivat olla keskenään ristiriitaisia.

”Lastensuojelu ei päässyt valitettavasti osallistumaan palaveriin. Lastensuojelun mukanaolo on ehdottoman tärkeää jatkossa. Vanhemmat itse arvelevat, että lastensuojelun mukana olo ei toisi mitään lisää, koska vanhemmat katsovat osaavansa asettaa rajat [nuorelle]. Vanhemmat ovat kuitenkin kiinnostuneita lastensuojelun ryhmätoiminnoista.” lääkäri

Potilaskertomuksissa kuvataan toistuvasti nuoren tai vanhempien äänellä lastensuojelun työskentelyä. Asetelman voi tulkita olevan sellainen, että nuori tai vanhemmat päivittävät nuorisopsykiatrian työntekijöille ajantasaisen tiedon siitä, että jonkin tietyn lastensuojelun tukitoimen aloittamisesta on sovittu tai tiedon tukitoimen aloittamisen tarkasta ajankohdasta. Tyypillistä on myös kuvata kirjauksissa lastensuojelun työskentelyä hyvinkin tarkasti tuomatta esiin, mistä tieto on saatu. Teksteissä kuvataan myös perheen toiveita lastensuojelua kohtaan. Kirjauksissa tuodaan esiin nuoren tai vanhempien näkemyksiä siitä, minkälaista työskentelyä he lastensuojelulta haluaisivat.

”[äiti] toivoo lastensuojelun nopeita ja selkeitä toimenpiteitä tilanteeseen.” lääkäri

Useissa ilman lastensuojelun läsnäoloa käydyissä keskusteluissa määritellään nuoren sijaishuollon tarvetta lääkärin äänellä ja näkökulmasta ilman, että asiakirjamerkinnöistä tulisi esiin minkäänlaisia edeltäviä lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa käytyjä keskusteluja. Kirjasten perusteella välittyy kuva, että nuorisopsykiatrian työntekijöiden ja nuoren

sekä perheen välisten keskustelujen tarkoituksena on valmistella nuorta ja perhettä osastohoidon päättämiseen ja ajatukseen sijoituksesta osastohoidon jälkeisenä tukitoimenpiteenä. Lastensuojeluun otetaan yhteyttä vasta sitten, kun asia on ikään kuin keskusteltu valmiiksi.

”Vanhemmille kerrottu lastensuojelu mahdollisuuksista, mm. sijoitusmahdollisuudestaan. Selitetty, että sairaalan keinot ovat tällä hetkellä riittämättömiä. [Nuori] ei ole sairaalahoitoon tarpeessa ja hänen hoitonsa on suositeltava jatkaa avohoidossa. Suunnitelma: Otetaan yhteyttä lastensuojeluun sekä sovitaan tapaaminen mahdollisemman pian.” lääkäri

”Mikäli nuoren vointi ja motivaatio eivät avohoidon tuella selviytymistä mahdollista, ovat mahdollisesti soveltuvia vaihtoehtoja mm. [nimeltä mainitut lastensuojelulaitokset]. Lastensuojeluun on oltava yhteydessä nuoren asioissa tukitoimien suunnittelemiseksi. Ajankohtaisesti on epäselvää, onko nuoren palaamiselle asumaan äitinsä luokse edellytyksiä.” lääkäri

”Potilaan vanhemmat ovat valmiita harkitsemaan lastensuojelun tukimuotoja. Mikäli lastensuojelun avohoidon tukimuodot eivät riitä, lastensuojelun sijoitus tulee kyseeseen. Osastohoito voidaan huomenna päättää, koska ei ole oletettavissa, että osastohoito potilaan tilanteessa enää toisi lisäapua tilanteeseen. Diagnostisia tutkimuksia voidaan jatkaa vielä avohoidossa.” lääkäri

Puustinen-Korhosen (2018) mukaan lastensuojelun järjestäjäorganisaatioiden edustajat ovat kritisoineet terveydenhuollon hoitotahojen tapaa määritellä lastensuojelun puolesta tarvittavia lastensuojelullisia toimenpiteitä vaikka hoitotahoilla ei olisi lastensuojelun tuntemusta. Myös Aron (2004) lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välistä yhteistyötä tarkastelevassa tutkimuksessa tuli esiin lastenpsykiatrian asettuminen johtavaksi ongelmanmäärittelijäksi ja toimintasuositusten antajaksi. Lastensuojelu pyrittiin asettamaan suositusten toteuttajan rooliin. Sosiaalityön asiantuntijuuden alisteisuus nuorisopsykiatrian määrittelyvallalle kertoo professioiden välisestä hierarkiasta, johon voi liittyä arvostuksen, kunnioituksen ja luottamuksen puutetta, ja joka voi muodostua moniammatillisen yhteistyön esteeksi (Cooper ym. 2016, 338). Puustinen-Korhosen (2018) mukaan lastensuojelun järjestäjäorganisaatioiden taholla on kokemus siitä, että sijaishuoltoa pyritään käyttämään psykiatrisen hoidon korvikkeena ja terveydenhuollon hoitotahot ikään kuin tilaavat huostaanottoja lastensuojelulta lapsen ja perheen kuullenkin. Potilasasiakirja-aineistosta löytyy viitteitä, että tällainen toimintapa on olemassa nuorisopsykiatrisessa hoidossa.

6 KENEN VASTUULLA? AUTTAMISVASTUUN TARKASTELUA LASTENSUOJELUSSA JA NUORISOPSYKIATRIASSA

Tässä luvussa esittelen auttamisvastuun jakamiseen ja siirtämiseen liittyvät tutkimustulokset. Ensimmäisessä alaluvussa kuvaan potilaskertomuksista löytämäni tavat määrittellä auttamisvastuun jakamista toimijalta toiselle. Toisessa alaluvussa tarkastelen nuorten taustatekijöitä suhteessa auttamisvastuun siirtämiseen toimijalta toiselle. Kolmannessa alaluvussa esittelen auttamisvastuun siirtämisen perustelutavat.

6.1 Auttamisvastuun jakamisen määrittelytavat ja vastuun painopisteet

Valtaosassa potilaskertomuksia lastensuojelun rooli tarpeellisena toimijana nuoren auttamistyössä nuorisopsykiatrisen hoidon lisäksi oli jollain tavalla tunnistettu ja tuotu esiin. Suurimmasta osasta potilaskertomuksia löytyi kuvauksia lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian itsenäisistä tehtäväalueista. Yli puolessa (55 %) potilaskertomuksia lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian tehtäväalueita määriteltiin sen sijaan tai sen lisäksi suhteessa toisiinsa. Näiden kuvausten katson kertovan lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisestä jaetusta auttamisvastuusta. Keskeistä on, että kukin auttajataho suunnittelee ja punnitsee omia toimiaan suhteessa toisen auttajatahon toimintaan. Jaettu auttamisvastuu tarkoitti potilaskertomuksissa hyvin harvoin konkreettista yhdessä tekemistä. Jaettu auttamisvastuu kuvautui rinnakkaisina, peräkkäisinä ja vuorottelevina toimina, joiden olemassaolosta ja etenemisestä auttamistyön kaikki osapuolet olivat tietoisia. Näitä toimia kokoonnuttiin usein yhdessä suunnittelemaan ja niiden etenemistä arvioimaan. Potilaskertomuksista ei ollut löydettävissä D'amourin ym. (2008) yhteistyön strukturaatiomallissa aktiiviseen yhteistyöhön kuuluvia innovatiivisia työtapoja vaan työskentely kuvautui perinteisinä nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun työtapoina ja toimenpiteinä.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian auttamisvastuu painottui potilaskertomuksissa eri tavoin. Toisinaan päävastuu nuoren auttamisesta määriteltiin kuuluvaksi nuorisopsykiatrilalle, toisinaan lastensuojelulle. Nuorisopsykiatrian tehtäväalueeksi määrittyi selkeästi nuoren psyykkisten oireiden hoitaminen ja voinnin seuranta.

”Käsitykseni mukaan äidin tukikäynnit olisi syytä toteuttaa nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Nuoren psyykkisen voinnin seuranta ja hoito tulee toteuttaa erikoissairaanhoidon vastuulla. Lastensuojelun asiakkuus jatkuu taustalla nuoren kehityksen turvaamisen varmistamiseksi. Lääkehoidon tarpeen arviointi ja valinta toteutuu nuorisopsykiatrian poliklinikan toimesta.” lääkäri

Päävastuu auttamistyöstä määriteltiin lastensuojelun tehtäväksi usein niissä tilanteissa, kun keskeisenä auttamistyön kohteena oli nuoren käyttäytymiseen liittyvä ongelma tai muu perheen sisäiseksi haasteeksi määritelty asia tai olosuhde.

”Käyty läpi havaintoja osastonselvityksistä. Nuorella ollut monimuotoisia tunne-elämän ja käyttäytymisen oireita, joita perheen sisäiset jännitteet olleet ilmeisesti ainakin kuluvan syksyn aikana osittain provosoineet. Käyttöoireilu ollut perheen sisäistä, eikä mm. ole esiintynyt osastolla. Selvää indikaatiota psykiatriselle ei todettu. Suositeltu nuorelle jatkossa tueksi ensisijaisesti lastensuojelun palveluita. Myös polikliiniset nuorisopsykiatriset yksilötutkimusajat ja verkostotyö ovat mielestäni tilanteessa perusteltuja.” lääkäri

Osassa kirjauksia lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian roolit eivät painotu selkeästi eri tavoin suhteessa toisiinsa vaan molemmat tarjoavat nuorelle tukitoimenpiteitä ja työskentelevät aktiivisesti.

”Pidetty hoitokokous, jossa mukana pkl:n ja lastensuojelun edustajat. Potilas asiallinen ja rauhallinen sekä ilmaisee halunsa jatkaa hoitoaan avohoidossa. Keskusteltu pitkään potilaan uhkaavasta käyttäytymisestä ja lastensuojelun tuen tarpeesta. Päädyttiin siihen, että menisi hoitajaksolle [päiväosastolle] ja sen kanssa samanaikaisesti käynnistyisi lastensuojelun perhetyö.” lääkäri

Toisinaan auttamisvastuuta jakaa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian lisäksi joku muukin auttamistaho. Jokaisella toimijalla on oma vastuualueensa nuoren auttamistyössä. Esimerkkikirjauksessa perustason mielenterveyspalvelun tehtäväksi määritellään nuoren yksilöhoito, nuorisopsykiatrian tehtävä on tutkimusten suorittaminen ja lastensuojelulaitos kannattelee arjessa nuoren vointia. Nuoren tilanteessa mukana olevat tahot kokoontuvat verkostokokouksessa.

”Ajankohtaisesti kokee vointinsa hyväksi, kun on asunut viime ajat [lastensuojelulaitoksessa]. Univaikeuksia ei tällä hetkellä ole. Suunnitelma: Nuoren yksilöhoito jatkuu [perustason nuorten mielenterveyspalvelussa] 1 krt/vko. Isälle ainakin yksi käynti NPSY pkl:lla, esitiedot, tilannekartoitus. NPSY pkl:lla nuorelle psl tutkimukset [– –]. Verkostokokous syksyllä, jossa mukana [lastensuojelulaitos], lastensuojelu, [perustason mielenterveyspalvelu], NPSY pkl.” lääkäri

Auttamisvastuun jakamista lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä perusteltiin potilaskertomuksissa eri tavoin. Jaoin erilaiset perustelutavat neljään pääkategoriaan: työnjakoon perustuva määrittely, tarvelähtöinen määrittely, toisen toiminnan mahdollistamiseen perustuva määrittely ja yhteistyöhön osana hoitoa perustuva määrittely. Yleisin tapa määritellä

yhteistä auttamisvastuuta oli työnjakoon perustuva määrittelytapa. Kirjauksia, joissa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian jaettua auttamisvastuuta määriteltiin työnjakoon perustuen, löytyi 42 prosentista potilaskertomuksia. Toiseksi yleisin tapa jäsentää jaettua auttamisvastuuta oli yhteistyön tarpeen havaitsemiseen pohjautuva määrittelytapa, josta löytyi kuvauksia 28 prosentista potilaskertomuksia. 15 prosentissa potilaskertomuksia jaettu auttamisvastuu perustui siihen, että lastensuojelun tai nuorisopsykiatrian tehtävänä oli mahdollistaa toistensa toimintaa. Yhteistyö jäsennettiin yhdeksi hoidon osa-alueeksi 6 prosentissa potilaskertomuksia. Monista potilaskertomuksista löytyi useampia määrittelytapoja eri tilanteissa. Kuvaan näitä auttamisvastuun jakamisen määrittelyn tapoja tarkemmin seuraavissa alaluvuissa. Tarkastelen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rooleja Kiurun ja Metterin (2014b) tutkimuksessaan löytämien lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisen rajapinnan yhteisten tehtäväalueiden (turvaaminen, tilanteen pysäyttäminen ja kriisityö, arjen tukeminen ja perheen auttaminen) kautta.

Työnjaon määrittelyyn perustuva yhteistyö

Nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun jaettua auttamisvastuuta määriteltiin 76 nuoren potilaskertomuksissa eri osapuolten välisen työnjaon kautta Työnjakoa kuvattiin joko erittelemällä eri tahojen tehtäviä tai palveluvalikkoon kuuluvia toimenpiteitä. Määrittelyä tehtiin myös kirjaamalla, kuka nuorta tai vanhempia tapaa ja missä organisaatiossa. Tyypillistä oli, että jommankumman, joko lastensuojelun tai nuorisopsykiatrian auttamisvastuuta oli kuvattu joko organisaation tehtävän tai käynnissä olevan tukitoimen kautta. Toisen osapuolen vastuu tuotiin esiin toteamalla, että nuori tapaa työntekijää kerran viikossa tai nuorella on käynnit jossain instanssissa tietyllä tiheydellä. Kaikista yhteistyötä kuvaavista kirjauksista ei löytynyt erittelyä eri osapuolten tehtävistä. Suurimmassa osassa potilaskertomuksia ne oli kuitenkin jossain kohtaa kirjattu ylös. Ainoastaan 14 potilaskertomusta, joissa jaettua auttamisvastuuta kuvattiin, ei sisältänyt kuvausta eri auttajatahojen tehtävistä. Niissä määrittely jäi eri tahojen tukitoimien kuvaamiseen ja sen kirjaamiseen, kuka ketäkin tapaa ja missä.

Jaetun auttamisvastuun kuvaaminen erittelemällä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian erillisiä tehtäväalueita oli yleisin tapa kuvata työnjakoon perustuvaa yhteistyötä. 61 nuoren potilasasiakirjoihin oli sanotettu, mihin asioihin nuoren ja perheen tilanteessa eri osapuolten

oli tarkoitus yrittää toiminnallaan vaikuttaa. Osassa kirjauksia oli määritelty sekä lastensuojelun että nuorisopsykiatrian tehtäväalueet, osassa vain jommankumman. Tehtäväalueet oli joko määritelty suoraan tai pääteltävissä samassa yhteydessä kirjatun nuoren oireilun tai olosuhteiden kuvauksen kautta. Nuorisopsykiatrian ydintehtäväalueena kuvattiin nuoren psyykkisten oireiden tutkimista, diagnosointia, hoitoa ja seuranta. Lastensuojelun tehtäväalueeksi määriteltiin useimmiten nuoren arjen tukeminen. Arjen tukeminen nimenomaan lastensuojelun tehtävänä liittyi struktuureiden luomiseen ja ylläpitämiseen, koulunkäynnin tukemiseen, nuoren aktivoimiseen kodin ulkopuolelle, nuoren asumiseen ja itsenäistymiseen, harrastusten tukemiseen, perheen ihmissuhteiden ja muun sosiaalisen ympäristön haasteisiin sekä nuoren käytösongelmiin. Alla olevissa esimerkeissä nuorisopsykiatrian tehtäväksi määritellään nuoren sosiaalisen vuorovaikutusten pulmien hoito ja nuoren itsetuntemuksen ja itsevarmuuden kasvattaminen. Lastensuojelun tehtäväksi puolestaan määritellään perheen tukeminen arjen selkeiden rakenteiden luomisessa.

”[Nuori] hyötyisi jatkossa nuorisopsykiatrisesta hoidosta sosiaalisen vuorovaikutuksen pulmien ja itsetuntemuksen - ja varmuuden kasvattamiseksi. [Nuori] tarvitsee arkeensa selkeitä rakenteita, mistä syystä koko perheen tukeminen esim. lastensuojelun perhetyön keinoin nähdään erittäin tärkeänä.” psykologi

”Lastensuojelu aloittaa arvion nuoren ja perheen kanssa. Tarkoituksena löytää tukimuodot, jolla nuoren arjen struktuuri pysyy, nuori käy koulua ja suuntautuu myös kodista ulospäin.” lääkäri

Lastensuojelun tehtäväalueeksi määriteltiin usein myös turvaaminen. Turvaamistehtävä liittyi useimmiten nuoren kasvun ja kehityksen turvaamiseen, toisinaan myös nuoren tarvitsemien palveluiden saamisen turvaamiseen. Alla olevassa esimerkissä lastensuojelun rooliksi määritetty toimia taustavoimana, joka turvaa nuoren kehitystä. Nuorisopsykiatrian tehtävänä on nuoren psyykkisen voinnin seuranta ja hoito yhdessä peruspalveluiden kanssa sekä lääkehoidon toteuttaminen ja äidin tukeminen nuorisopsykiatrian itsenäisenä tehtäväalueena.

”Hoitosuunnitelmaneevottelussa sovittiin, että nuoren hoitokontaktia [perustason nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden] psykiatrisen erikoissairaanhoidajan [—] kanssa on syytä edelleen jatkaa, koska nuori on sitoutunut tähän yhteistyösuhteeseen. Lisäksi päädyttiin ehdottamaan sitä, että nuoren hoitaminen voisi toteutua työparityöskentelynä [perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden] ja nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiden toimesta. Käsitykseni mukaan äidin tukikäynnit olisi syytä toteuttaa nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Nuoren psyykkisen voinnin seuranta ja hoito tulee toteuttaa erikoissairaanhoidon vastuulla. Lastensuojelun asiakkuus jatkuu taustalla nuoren kehityksen turvaamisen varmistamiseksi. Lääkehoidon tarpeen arviointi ja valinta toteutuu nuorisopsykiatrian poliklinikan toimesta. Nuori ja hänen äitinsä hyväksyivät hoitosuunnitelman.” lääkäri

Lastensuojelun sijoitus nähdään usein turvaamistehtävän toteuttamisen keskeisenä keinona. Alla olevaa esimerkkiä edelsi tilanne, jossa nuori otettiin nuorisopsykiatrian osastolle arvioon aggressiivisen käytöksen ja mahdollisen psykoottisen oireilun vuoksi. Tutkimusjakson perusteella nuorella todettiin käytöshäiriö ja nuoren vanhemmat kokivat, etteivät uskalla ottaa nuorta kotiin osastojakson päättyessä. Esimerkki kuvaa varsin tyypillistä potilaskertomuksissa toistuvaa tilannetta, jossa lastensuojelulle asetetaan tehtäväksi sijoittaa nuori nuoruusiän kehityksen tukemiseksi lastensuojelulaitokseen, jossa nuorelle tarjotaan tiukat ja turvalliset rajat. Nuorisopsykiatrinen avohoito puolestaan vastaa diagnostisista tutkimuksista.

”Potilaalla on esitietojen ja osastoarvion perusteella todettu käytöshäiriö. Potilas hyötyisi lastensuojelulaitoksen tiukoista, turvallisista rajoista nuoruusiän kehityksen tukemiseksi. [—]. Lastensuojelun sijoituspaikassa pystytään tekemään pitkäjänteisiä kasvatuksellisia suunnitelmia sekä tukemaan koulunkäynnin toteutumisessa. Lastensuojelun sijoituksen aikana voidaan jatkaa joko polikliinisesti tai lastensuojelulaitoksesta käsin nuorisopsykiatrasta diagnostista tutkimusjaksoa.” lääkäri

Perheen tukeminen ja auttaminen määriteltiin lastensuojelun tehtäväalueeksi lähes yhtä usein kuin turvaaminen. Tämä tehtäväalue liittyi vanhempien voimavaroihin ja jaksamiseen, vanhempien taloudellisen tuen tarpeeseen, yhteisen vanhemmuuden puuttumiseen patologisissa ristiriitatilanteissa sekä vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmiin.

”Perhetyö keskittyy isän ja äidin jaksamiseen, turvallisten rajojen painottamiseen.” lääkäri

”Isä kertoo muutoksen juomiseen tapahtuneen heinäkuussa, jolloin ollut lastensuojelun kanssa neuvottelu. Lastensuojelu tuolloin puuttunut tiukasti äidin alkoholin käyttöön.” sairaanhoitaja

Kriisityö akuutissa tilanteessa määriteltiin harvemmin lastensuojelun tehtäväalueeksi, mutta siitäkin löytyi kuvauksia muutamista potilaskertomuksista. Kuvaukset liittyivät tilanteisiin, joissa lastensuojelu oli äkillisessä tilanteessa sijoittanut nuoren tai toimittanut nuoren arvioitavaksi päivystykseen. Kiurun ja Metterin (2014b) määrittelemien tehtäväalueiden lisäksi aineistosta oli eriteltävissä lastensuojelun jonkinlainen epämääräinen mukana olemisen rooli. Tätä kuvattiin ilmaisuilla ”lastensuojelu jää seurantalinjalle”, ”lastensuojelu on toimintavalmiudessa”, ”lastensuojelulla ei ole aktiivista työskentelyä”, ”lastensuojelu on mukana kuvioissa”, lastensuojelu on mukana hoidossa”, lastensuojelu on mukana perheen tilanteessa”, ”lastensuojeluun on olemassa kontakti”, lastensuojelu on tarvittaessa käytettävissä” ja ”lastensuojeluasiakkuus on voimassa”. Joissain asiayhteyksissä tämä rooli

vaikuttaa olevan turvaamistehtävän kaltainen, lastensuojelu häilyy taustalla valmiina ottamaan kiinni, jos jotain tapahtuu. Useissa kohdin on tulkittavissa, ettei kirjaaja tiedä lastensuojelun roolia nuoren ja perheen tilanteessa tai ei ymmärrä sitä.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työnjakoa kuvattiin 45 nuoren potilaskertomuksissa kuvaamalla, minkälaisia toimenpiteitä eri osapuolilla on käynnissä nuoren ja perheen auttamiseksi. Toiminnan tavoitetta ei näissä yhteyksissä avattu.

”Suunnitelma: Uloskirjoitus tänään. Nuoren avohoito jatkuu [–] poliklinikalla, seuraava tapaaminen ensiviikolla. Perhetyö jatkossa lastensuojelun toimesta.” lääkäri

Auttamisvastuun jakautumista lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä jäsennettiin 23 nuoren potilaskertomuksissa kertomalla, kuka nuorta ja perhettä tapaa ja missä, jäsentämättä tapaamisten tarkoitusta tai tavoitetta. Yksittäisiä tilanteita kuvaavissa kirjauksissa tämä saattoi olla ainoa tapa kuvata auttamisvastuun jakautumista, mutta yhdessäkään potilaskertomuksessa tämä ei jäänyt ainoaksi kuvaamistavaksi, vaan muissa yhteyksissä kerrottiin tarkemmin eri toimijoiden rooleista.

”Nuori on ajankohtaisesti [nuorten ohjauskeskuksen palveluissa] x3 viikossa 10.00-15.00. Hänellä on lastensuojelun kautta tukihenkilön kanssa käynnit kerran viikossa, myös pkl:lla käynnit jatkuneet.” lääkäri

Toimenpiteitä ja tapaa kuvaavissa merkinnöissä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden roolit ja tehtävät jäivät jäsentymättömiksi. Yksittäisten kirjausten kautta ei ollut mahdollista saada juurikaan tietoa osapuolten välisestä auttamisvastuusta. Merkinnät muodostivat sirpaleisen kokonaisuuden, ja kokonaiskuvan muodostaminen vaati pidempien tekstikatkelmien lukemista ja palaamista potilaskertomuksessa taaksepäin.

Yhteistyön tarpeen tunnistamiseen perustuva määrittelytapa

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian jaettua auttamisvastuuta määriteltiin 51 nuoren potilaskertomuksissa asettamalla yhteistyön tekeminen jonkinlaiseksi hoidon toteutumisen lähikohdaksi. Eri tahojen vastuualueita ei näissä kuvauksissa määritelty, tyypillistä oli ilmaisen väljyys ja epätarkkuus ilman konkreettista suunnitelmaa työskentelystä. Yhteinen tavoite todettiin 16 nuoren potilaskertomuksissa. Tavoitteeseen ei liittynyt toimijoiden työnjaon määrittelyä. Yhteisen tavoitteen määrittely on D’amourin ym. (2008) strukturaatiomallissa yksi moniammatillisen yhteistyön tarkastelun neljästä ulottuvuudesta. Potilaskertomusaineistossa yhteisen tavoitteen määrittely näyttäytyi melko harvinaisena.

Yhteisen tavoitteen määrittelyä kuvaavista merkinnöistä tunnistin lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajapinnalle sijoittuvista yhteisistä tehtäväalueista (Kiuru & Metteri 2014b) turvaamiseen, arjen tukemiseen ja perheen auttamiseen liittyvät tehtäväalueet. Turvaaminen liittyi nuoren huolestuttavan kehityksen pysäyttämiseen, nuoruusiän kehityksen turvaamiseen, syrjäytymisen ehkäisyyn, hyväksikäytöltä ja kaltoinkohtelulta suojaamiseen sekä kotiin paluun turvaamiseen osastojakson jälkeen.

”Katsoisin, että koko perhe tulee jatkossa olemaan tiiviin niin psykiatrisen erikoissairaanhoidon, kuin lastensuojelullisenkin tuen tarpeessa. Asianomaisen huolestuttavan kehityksen pysäyttämiseksi tulisi tuen ehdottomasti kohdistua koko perheeseen. Tässä tapauksessa kyseeseen voisivat tulla joko lastensuojelulliset tai psykiatriset interventiot, kuitenkin niin, että ne tulisi toteuttaa yhteistyössä.” lääkäri

”Jatkohoito: [Nuori] tarvitsee sekä lastensuojelun, että nuorisopsykiatrian tukea turvallisen ja eheän nuoruusiän kehityksen turvaamiseksi ja syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi.” lääkäri

Arjen tukeminen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisenä tehtäväalueena liittyi nuoren elämäntilanteen kuormittavuuden keventämiseen, nuoren kesäajan pärjäämisen tukemiseen, koulunkäynnin tukemiseen, kotona asumisen tukemiseen sekä nuorella kotona esiintyvien käytösongelmien asettumiseen.

”Tavoitteena on tukea nuoren selviytymistä ja koulunkäytiä avohoidon ja lastensuojelun tukitoimin.” lääkäri

Perheen auttamisen tehtäväalue liittyi vanhemman päihdeongelmaan ja vanhempien vähäisiin voimavaroihin.

”Kiinteä yhteistyö lastensuojelun kanssa tärkeää, perheen voimavarat ovat vähissä.” lääkäri

Verrattuna Kiurun ja Metterin (2014b) tutkimukseen, rajapinnan tehtäväalueiden sisällöt näyttäytyvät samankaltaisina. Tässä tutkimuksessa työnjakoon perustuvassa yhteistyön määrittelytavassa tehtäväalueet näyttäytyivät jommallekummalle toimijalle kuuluvina ja selkeästi rajattuina. Yhteisestä tavoitteesta lähtevässä auttamisvastuun määrittelyssä tehtäväalueet jäivät jäsentymättömiksi sen suhteen, miten osapuolet käytännössä toimivat täytäkseen tehtävänsä.

Vielä jäsentymättömämpi kuva jaetusta auttamisvastuusta välittyy niiden potilaskertomusmerkintöjen perusteella, joissa ei määritellä yhteistä tavoitetta. 30 nuoren potilaskertomuksista löytyi merkintöjä, joissa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyön tarve, olemassaolo tai yhteistyön tärkeys todetaan asiaa tarkemmin erittelemättä tai perustelematta.

”Uloskirjauksen jälkeen oltu yhteydessä lastensuojelun sosiaalityöntekijään ja kerrottu [nuoren] jatkohoidosta sekä osaston havainnoista. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyö arvioitiin jatkossa tärkeäksi, joten yhteisneuvotteluja on hyvä järjestää.” sosiaalityöntekijä

Osassa potilaskertomusmerkintöjä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian jaettu auttamisvastuu näkyy ainoastaan toteamuksina tarpeesta jakaa ja vaihtaa tietoa osapuolten välillä järjestämällä yhteinen verkostopalaveri tai jollain muulla keinolla. Näitä merkintöjä löytyi 19 nuoren asiakirjoista.

”Todettu, että verkostotapaaminen olisi hyvä järjestää, jotta poliklinikalla saataisiin tietoa lastensuojelun suunnitelmista.” lääkäri

”Suunnitelma Jatketaan hoitoa nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Säännölliset yksilötapaamiset 1-2 x viikossa, läikehoito [–] tarvittaessa. Lääkitys on tasannut tällannetta, ahdistus on ollut siedettävämpää ja on nyt nukkunut. Vanhempain tukikäynnit, jotka pyritään nyt sovittamaan lastensuojelun suunnitelmien selkiytyttyä. Syytä olisi kokoontua lastensuojelun kanssa yhdessä vielä [pvm].” lääkäri

Tavoitteena oli saada tietoa toisen auttajatahon työskentelystä ja suunnitelmista. Pyrkimys tietojen vaihtamiseen ei kuvannut varsinaisesti yhteistyötä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä. Keskeistä oli tietojen vaihtamisen kautta mahdollistuva oman yksikön työskentelyn mukauttaminen ja päällekkäisen työn välttäminen. Toimijoiden työskentely näyttäytyy erillisenä ja itsenäisenä, mutta siinä huomioidaan toisen auttajatahon toimien vaikutus nuoreen ja perheeseen.

Toisen toiminnan mahdollistaminen

16 nuoren potilaskertomuksista löytyi kuvauksia siitä, kuinka lastensuojelun tehtäväksi määriteltiin nuorisopsykiatrisen hoidon toteuttamisen mahdollistaminen. Lastensuojelun työskentelyn tavoitteeksi nähtiin pääasiassa nuoren hoitokäyntien toteutuminen avohoidossa. Lastensuojelulta toivottiin panosta nuoren ja vanhempien hoitomotivaation herättämiseen keskustelun keinoin sekä tarkemmin määrittelemättömiä interventioita tilanteissa, joissa nuori tai perhe kieltäytyi nuorisopsykiatrisesta hoidosta vastoin hoitosuosituksia.

”Soitettu lastensuojelun sos.tt [nimi] tarkoituksena keskustella nuoren tilanteesta koskien äidin kieltäytymistä tarjotusta nuorisopsykiatrisesta tuesta [–]. Sos.tt [nimi] kertoo olevansa ehdottomasti nuorisopsykiatrisentuen kannalla. Sovittu, että [sos.tt] on yhteydessä äitiin ja tarjoaa verkostoneuvotteluaikaa, jossa olisi tarkoitus tarjota/motivoida uudelleen [nuorisopsykiatrian] palveluihin.” lääkäri

Toistuvaa oli myös toive tai sopimus sellaisesta järjestelystä, että lastensuojelun työntekijä säännöllisesti saattaa tai kuljettaa nuoren nuorisopsykiatrian poliklinikalle sovittuna aikana. Lastensuojelun tehtäväksi määrittyi myös työskentely nuoren vanhempien kanssa, jotta he pystyisivät paremmin tukemaan nuoren hoitoa. Lastensuojelulta toivottiin avohuollon tukitoimia tai nuoren sijoittamista, jotta nuoren arjen olosuhteet paremmin mahdollistaisivat nuorisopsykiatrisen hoidon ja oireista toipumisen.

”Todetaan, ettei nuoren tilanne tällä hetkellä ole hoidettavissa ilman lastensuojelun tuomaa sijoitushoitopaikkaa. [–]Sovitaan, että äiti ottaa yhteyttä poliklinikalle, kunhan nuoren sijoituspaikka selvinnyt. Ensisijaisen tärkeätä käynnistää nuoren nuorisopsykiatrisen hoito heti, kun se lastensuojelullisten rakenteiden tuella mahdollistuu.” lääkäri

Tavoitteeksi asetettiin myös lastensuojelun tiivis työskentely siten, että nuori pärjäisi nuorisopsykiatrisessa avohoidossa eikä tarvitsisi osastohoitoa. Myös osastohoidon toteutumisen mahdollistamisesta lastensuojelun sijoituksella löytyi yksittäinen maininta. Edellä kuvatut lastensuojelulle asetetut odotukset liittyvät suurimmaksi osaksi arjen tukemisen tehtäväalueeseen. Nuorisopsykiatrisen hoidon toteutuminen ja onnistuminen on sidoksissa siihen, miten lastensuojelu pystyy tukemaan nuoren ja perheen arkea. Myös Kiuru ja Metteri (2014b) kuvaavat tutkimuksessaan, että nuorisopsykiatrian riippuvuus institutionaalisella tasolla lastensuojelun perustehtävän toteutumisesta tulee näkyviin selkeimmin juuri arjen tukemisen tehtäväalueeseen liittyvistä potilaskertomusmerkinnöistä.

Nuorisopsykiatrian tehtävää lastensuojelun työskentelyn mahdollistajana kuvattiin 12 nuoren potilaskertomuksissa. Lastensuojelu toivoi nuorisopsykiatrian tekevän motivointityötä, jotta nuori ja perhe ottaisi lastensuojelun tukitoimia vastaan. Lastensuojelu toivoi nuorisopsykiatrialta tietoa nuoren oireista ja toimintakyvystä sekä suosituksia, minkälaisilla tuki-toimilla voisi nuorta auttaa tai minkälaisen sijoituspaikan nuori tarvitsisi. Erään nuoren potilaskertomuksessa nuorisopsykiatrian osastojakso kuvattiin välineeksi lastensuojelun tukitoimien suunnittelemiselle. Nuorisopsykiatrian osastolle jäsenyksi yksittäisessä potilaskertomuksessa ”säilömistehtävä”, kun todettiin, ettei nuori pärjää nykyisessä sijoituspaikassa eikä paremmin soveltuvaa sijoituspaikkaa ollut vielä löytynyt.

”Päädyttiin järjestämään tutkimusjakso [osastolla], jonka aikana pyrittäisiin järjestämään sopiva sijoituspaikka, [nuorisokodissa] asuminen ei onnistu.” lääkäri

Lastensuojelu toivoi nuorisopsykiatrialta työvälineitä haastaviin tilanteisiin tai ohjausta nuoren psyykkisten oireiden kohtaamiseen nuorisokodin arjessa.

”Hoitokokouksessa tavattu [nuorisokodin] edustusta ja nuoren äitiä. [Nuorisokodin] puolelta toivotaan yhteistyötä nuorisopsykiatrian kanssa, jotta osaavat tukea nuorta ahdistuksen hallinnassa.” lääkäri

Joidenkin nuorten tilanteissa päädyttiin ratkaisuun, jossa nuorisopsykiatrian työntekijät antoivat työnohjauksellista tukea nuorisokodin työntekijöille. Aloite tällaiseen järjestelyyn tuli sekä lastensuojelun että nuorisopsykiatrian työntekijöiltä.

Edellä kuvatuissa lastensuojelun nuorisopsykiatrialle asettamissa odotuksissa näyttäytyy selkeästi lastensuojelun riippuvuus nuorisopsykiatrian asiantuntemuksesta nuorten psyykkisten oireiden hoidossa. Lastensuojelu tarvitsee nuorisopsykiatrian asiantuntemusta, jotta pystyy hoitamaan turvaamisen ja arjen tukemisen tehtäväalueita. Toisen toiminnan mahdollistamista kuvaavissa potilaskertomusmerkinnöissä tulee selkeästi näkyväksi lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian molemminpuolinen riippuvuus toisistaan ja niiden tehtäväalueiden kietoutuminen toisiinsa.

Yhteistyö hoidon osa-alueena

Lastensuojelun työskentely määriteltiin osaksi nuorisopsykiatrista hoitoa 11 nuoren potilaskertomuksissa. Keskeistä oli, että yhteistyö lastensuojelun kanssa määriteltiin hoidon osa-alueeksi ja verkostotyö hoitomenetelmäksi.

”Suunnitelma/pohdinta: Sovitaan, että potilaan hoito toteutuu nuorisopsykiatrisella poliklinikalla verkostotapaamisissa lastensuojelun ja koulun kanssa. Hoitokokouksia ja tarv. vanhempain tapaamisia.” lääkäri

Toinen tapa kuvata lastensuojelun työskentelyä osana nuorisopsykiatrista hoitoa oli määritellä lastensuojelun toiminta hoidollisesta lähtökohdasta käsin, ei työskentelyksi lastensuojelun omasta perustehtävästä käsin määrittävällä toimintakentällä. Tätä ilmiötä kuvattiin joko siten, että lastensuojelu otetaan mukaan hoitoon tai on mukana hoidossa, lastensuojelu osallistuu hoitoon, tai että lastensuojelun toimet sisältyvät hoitoon.

”Sovitaan, että ensi viikon neuvottelussa [osastolla], johon myös [lääkäri] osallistuu mietitään vielä kouluasioita sekä alueen sosiaalitoimen perhetyön tarvetta osana avohoittoa.” psykologi

”Lastensuojelu mukana hoidossa.” lääkäri

Tämä määrittelytapa näkyi myös kirjauksessa, jossa lastensuojelu määriteltiin nuorisopsykiatrisen avohoidon ohella nuoren jatkohoidoksi osastojakson jälkeen.

”Jatkohoito: Kontaktin jatkuminen [avohoidossa], terapia mahdollisesti myöhemmin tilanteen tasoituttua. Lastensuojelu.” lääkäri

Lastensuojelun tunnistaminen nuorisopsykiatriasta erillisenä itsenäisenä toimijana puuttui näistä jaetun auttamisvastuun kuvauksista. On mahdollista, että tällainen määrittelytapa kuvaa nuorisopsykiatrian työntekijöiden tietämättömyyttä lastensuojelun tehtävistä ja työskentelystä. Voi myös olla, että tällaisessa tavassa määritellä näyttäytyy lastensuojelun asiantuntijuuden alisteisuus suhteessa nuorisopsykiatrian asiantuntijuuteen (ks. Aro 2004).

6.2 Nuorten taustatekijät ja auttamisvastuun siirtäminen

67 prosentissa potilaskertomuksia löytyi kuvauksia auttamisvastuun siirtämisestä. Kuvaukset kertovat tilanteista, joissa eri osapuolilla on keskenään ristiriitaisia näkemyksiä siitä, kenelle auttamisvastuu nuoren ja perheen tilanteessa kuuluu, tai joissa auttamisvastuuta pyritään siirtämään toimijalta toiselle. Joko nuori, perhe, lastensuojelun työntekijä tai nuorisopsykiatrian työntekijä määritteli auttamisvastuun kuuluvan lastensuojelun sijasta nuorisopsykiatrilta tai nuorisopsykiatrian sijasta lastensuojelulle. Tässä alaluvussa tarkastelen nuorten taustatekijöiden yhteyttä auttamisvastuun siirtämiseen lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä.

Tarkasteltaessa pelkkää tyttöjen osuutta on havaittavissa, että heidän osuutensa koko aineistosta ja niistä potilaskertomuksista, joissa auttamisvastuusta on oltu erimielisiä tai sitä on pyritty siirtämään, on lähes sama. Pelkkää poikien osuutta tarkasteltaessa on todettavissa, että poikien osuus korostuu auttamisvastuun siirtämisestä kuvaavissa potilaskertomuksissa (48 %) verrattuna poikien osuuteen koko aineistosta (39 %). Iän mukaan tarkasteltuna 13–14-vuotiaana hoitoon tulleita nuoria on hieman (3 %) enemmän niiden nuorten joukossa, joiden kohdalla auttamisvastuuta on pyritty siirtämään verrattuna 13–14-vuotiaana hoitoon tulleiden määrään koko aineistossa. 15-vuotiaana hoitoon tulleita on suhteessa saman verran molemmissa. 16–17-vuotiaana hoitoon tulleita oli aineistossa vain 23 nuorta, eikä heidän kohdaltaan löytynyt mainittavaa eroa.

Auttamisvastuu aiheutti erimielisyyttä tai sitä pyrittiin siirtämään toimijalta toiselle kaikissa hoitoontulovaiheen diagnoosiryhmissä. Mielialahäiriöihin ja ahdistuneisuushäiriöihin sisältyviä diagnooseja esiintyi suhteellisesti lähes saman verran koko aineistossa kuin niillä nuorilla, joiden potilaskertomuksista löytyi kirjauksia auttamisvastuuseen liittyvistä erimielisyyksistä tai pyrkimyksistä siirtää auttamisvastuu toimijalta toiselle. Käytös- ja tunnehäiriöihin sisältyviä diagnooseja oli suhteessa enemmän niiden nuorten joukossa, joiden kohdalla auttamisvastuun määrittelyssä on ollut haasteita (31 %) verrattuna tämän diagnoosiryhmän yleisyyteen koko aineistossa (26 %). Psykkisen kehityksen häiriöihin, syömis-häiriöihin ja hyperkineettisiin häiriöihin sisältyvillä diagnooseilla oli tullut nuorisopsykiatrisen hoitoon yhteensä vain 15 nuorta, mutta heistä kahta lukuun ottamatta kaikkien kohdalla oli käyty auttamisvastuun siirtämiseen liittyvää keskustelua.

Hoitoon tulon syiden sanallisia kuvauksia tarkastellessani havaitsin, että nuoren käytökseen liittyvä hoidon syy oli suhteessa yleisempi niiden nuorten potilaskertomuksissa, joista löytyi auttamisvastuun siirtämiseen liittyviä kuvauksia (39 %), verrattuna käytökseen liittyvän hoidon syyn yleisyyteen koko aineistossa (34 %). Käytökseen liittyvää hoidon syytä kuvattiin usein kertomalla nuoren aggressiivisista toimista.

”Nuori mennyt siitä pois tolaltaan riehunut ulkona sorkkaraudalla” lääkäri

Yksilöoireisiin ja -ongelmiin liittyviä hoidon syitä puolestaan esiintyi suhteessa vähemmän niissä potilaskertomuksissa, joissa kuvattiin eriäviä näkemyksiä auttamisvastuusta ja vastuun siirtämistä (47 %), kuin koko aineistossa (54 %). Yksilöoireilua kuvattiin usein näköalattomuutena ja itsetuhoisuutena.

”Nuori hyvin näköalaton, potentiaalisesti suisidaalinen.” lääkäri

Perheeseen ja nuoren sosiaaliseen ympäristöön liittyviä hoidon syitä esiintyi koko aineistossa yhteensä vain kahdeksalla nuorella, ja näistä yhtä lukuun ottamatta kaikkien kohdalla on käyty keskustelua auttamisvastuun siirtämisestä tai näkemyseroista.

”lähetteen syynä umpikujaan ajautunut tilanne perheessä” lääkäri

Kouluongelmiin liittyviä hoidon syitä esiintyi aineistossa myös vähän, ja suhteessa yhtä paljon (7 %) sekä koko aineistossa että niissä potilaskertomuksissa, joissa auttamisvastuun siirtämisestä käytiin keskustelua.

”tulee [–] terveysaseman lääkärin [pvm] laatimalla lähetteellä poliklinikalle hoidon tarpeen arvioon koulunkäyntiin liittyvien vaikeuksien/koulukäymättömyyden takia” lääkäri

Nuorten perhesuhteisiin ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyviä haasteita tarkastellakseni löysin pieniä eroja verrattaessa auttamisvastuun siirtämisestä kertovia potilasasiakirjoja koko aineistoon. Nuoren päihdeidenkäytöstä on tuotu esiin huolta useammin auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa potilasasiakirjoissa (56 %) kuin kaikissa aineiston potilasasiakirjoissa (49 %). Perheenjäsenen tai muun lähisukulaisen psykiatrinen sairaus on tuotu esiin useammin (41 %) auttamisvastuun siirtämisestä kertovissa potilasasiakirjoissa kuin koko aineistossa (36 %). Koulukiusaamista kokeneiden nuorten osuus auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa potilaskertomuksissa on pienempi (39 %) kuin koko aineistossa (43 %). Seksuaalisen hyväksikäytön suhteen ei juurikaan ole eroa, myös maininta perheenjäsenen päihdeongelmasta esiintyy yhtä usein auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa asiakirjoissa kuin koko aineistossa.

Lastensuojeluasiakkuuden alkaminen ennen nuorisopsykiatrista hoitoa näytti olevan hieman yleisempää niillä nuorilla, joiden potilaskertomuksissa kuvataan auttamisvastuun siirtämistä (71 %) verrattuna kaikkiin aineiston nuoriin (64 %). Nuorisopsykiatrisen hoitokontaktin alkaminen ennen lastensuojelun asiakkuutta oli yhtä yleistä (31 %) auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa potilasasiakirjoissa kuin koko aineistossa. Sijoitettujen nuorten osuus oli suurempi auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa potilaskertomuksissa (72 %) kuin kaikissa aineiston asiakirjoissa (52 %). Huostaanotettujen nuorten osuus oli myös suurempi auttamisvastuun siirtämistä kuvaavissa asiakirjoissa (49 %) verrattuna koko aineistoon (39 %).

6.3 Auttamisvastuun siirtämisen perustelutavat

Luokittelin auttamisvastuun siirtämisen perustelutavat kolmeen eri kategoriaan: nuoren problematiikka, nuori ja perhe määrittelijöinä sekä organisaation resurssit. Yleisin tapa argumentoida auttamisvastuun siirtämistä omalta organisaatiolta pois oli nuoren problematiikkaan pohjautuva perustelutapa. Tätä perustelutapaa käytettiin 54 prosentissa kaikista aineiston potilaskertomuksista. Nuoren ja perheen määrittelyyn pohjautuva perustelutapa oli lähes yhtä yleinen, sitä käytettiin 51 prosentissa kaikista potilaskertomuksista. Resurssihin pohjautuvaa perustelutapaa käytettiin 8 prosentissa potilaskertomuksia. Monista potilasker-

tomuksista löytyi kuvausta useammasta kuin yhdestä auttamisvastuun siirtämisen perustelutavasta. 47 prosentissa niitä potilaskertomuksia, jotka sisältävät kuvausta auttamisvastuun siirtämisestä, löytyy kuvausta sekä nuoren problematiikkaan perustuvasta auttamisvastuun määrittelystä että nuoresta ja perheestä auttamisvastuun määrittelijöinä. 14 potilaskertomuksessa kuvataan sekä nuoren problematiikkaan että resurssikysymyksiin pohjautuvaa auttamisvastuun määrittelyä ja kahdeksassa potilaskertomuksessa resurssikysymyksiin perustuvaa määrittelyä ja nuoren ja perheen tekemää määrittelyä. Seitsemässä potilaskertomuksessa kuvataan kaikkia kolmea määrittelytapaa. Seuraavaksi kuvaan tarkemmin tapoja perustella auttamisvastuun siirtämistä lastensuojelulta nuorisopsykiatrialle ja vastaavasti nuorisopsykiatrialta lastensuojelulle.

Nuoren problematiikka

Nuoren problematiikkaan pohjautuvia auttamisvastuun siirtämisen kuvauksia löytyi 98 nuoren potilaskertomuksista eli yli puolesta (54 %) kaikkia potilaskertomuksia. Löysin 231 ilmiötä kuvaavaa tekstikatkelmaa. Kirjausten perusteella määrittelijänä on useimmiten toiminut nuorisopsykiatrian työntekijä, tavallisesti lääkäri. Lähes puolessa (48 %) potilaskertomuksista kuvattiin nuorisopsykiatrian työntekijän määrittelevän auttamisvastuun siirtämistä lastensuojelulle, koska nuoren oireilu ja ongelmat nähtiin kuuluvan lastensuojelun hoidettavaksi, kaiken kaikkiaan 199 erillisessä tekstikatkelmassa. Lastensuojelun työntekijän, yleensä sosiaalityöntekijän, tekemää määrittelyä auttamisvastuun kuulumisesta nuorisopsykiatrialle nuoren oireilun ja ongelmien perusteella löytyi viidesosasta (21 %) potilaskertomuksia, yhteensä 60 erillisessä tekstikatkelmassa. Tekstikatkelmat ovat osin päällekkäisiä kuvaten molempien osapuolten perustelutapoja yhtä aikaa. Nuoren problematiikkaan liittyvä keskustelu auttamisvastuusta tuo näkyväksi Van den Steenen ym. (2018) havainnon siitä, että ammattilaisten erilaiset näkemykset asiakkaan ongelmasta ovat merkittävä este nuorten moniammatilliselle auttamistyölle.

Osa kirjauksista sisälsi selkeitä näkemyseroja siitä, kenen tilanteeseen kuuluisi reagoida ja kenen olisi tarkoituksenmukaisinta ottaa auttamisvastuu kantaakseen. Tarkastelin lähemmin auttamisvastuun siirtämiseen liittyviä ristiriitoja luokittelemalla tilanteet, joista organisaatioiden eriävä näkemys tai pyrkimys vastuun siirtämiseen sai alkunsa. Löysin kolme eri-

laista nuoren problematiikkaan liittyvää konfliktityyppiä: eriävä näkemys siitä, kenen vastuulle tietyn tyyppinen problematiikka kuuluu, eriävä näkemys siitä, mikä nuoren problematiikka on ja eriävä näkemys siitä, onko problematiikkaa ylipäättään olemassa.

Yleisin ristiriidan aiheuttaja oli kysymys siitä, kenen vastuulle kuuluu nuoren aggressiiviseen oireiluun reagoiminen. Useimmiten erimieliset määrittelyt tapahtuivat nuorisopsykiatrian osaston ja nuorisokodin välisellä rajalla. Aineistossa kuvattiin toistuvasti tilanteita, joissa nuori toimitettiin nuorisokodista osastoarvioon aggressiivisen, uhkaavan, väkivaltaisen käytöksen tai muun rajun käytöshäiriöoireilun vuoksi. Tilanteissa oli todettu, ettei nuorisokodin henkilökunta pärjää akuutissa tilanteessa nuoren oireilun kanssa. Usein käytöksellä oireiluun liittyi myös nuoren päihteidenkäyttö, jonka rajaamisessa nuoren auttamisverkoston aikuiset kokivat suuria haasteita. Näissä tilanteissa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen vastuun määrittely kiteytyy tilanteen katkaisemisen ja kriisityön, turvaamisen ja arjen tukemisen tehtäväalueisiin. Aineistossa näyttäytyy selkeänä, että tilanteen katkaisemisen ja kriisityön tehtäväalue useimmiten todetaan joko suoraan tai yhteisen neuvottelun kautta nuorisopsykiatrian osaston vastuulle kuuluvaksi.

”Tavattu myös lastensuojeluviranomaiset. Vastaanottokodissa ei mahdollisuutta ottaa vastaan riehuvaa ja väkivaltaisesti käyttäytyvää nuorta joten huostaanotto ja sijoitus tänään on poissuljettu vaihtoehto. [– –] Täysin hallitsemattoman kotitilanteen takia kotiutusvaihtoehto poissuljettu. LS-viranomaisten huostaanottoa ja sijoitus siinänsä hyvä vaihtoehto mutta tässä vaiheessa myös riittämätön väkivaltaisen käytöksen takia. [– –] Nuori siirtyy ambulanssilla [nuorisopsykiatrian osastolle].” lääkäri

Nuori otetaan nuorisopsykiatrian osastolle tarkkailuun, jonka aikana nuoren vointia arvioidaan säännöllisesti. Viranomaisten välinen erimielisyys alkaa tyypillisesti siinä kohdassa, kun tarkkailuaika päättyy. Useimmiten tarkkailun päätteeksi todetaan, ettei nuorisopsykiatrian osastohoidon indikaatioita ole tarkkailun aikana todettu ja tilanteessa päädytään vapauttavaan hoitopäätökseen.

”Objektiivisesti arvioidessa ei kuitenkaan suisidaalinen, eikä mitään psykoottista tule esille. Arvion mukaan potilas siis ajankohtaisesti ei sairaalahoitokuntoinen. Hän on realiteeteissa, ei myöskään avointa aggressiivisuutta tämänhetkisesti esiintyy.” lääkäri

Kun todetaan, ettei sairaalahoidon jatkamiselle ole perusteita, otetaan kantaa myös jatko-suunnitelmaan. Usein lääkärin arvio on, että nuorisopsykiatrian hoidettua akuutin tilanteen rauhoittamisen on lastensuojelun aika ottaa vastuu turvaamistehtävästä. Turvaamistehtävän toteuttamisen arvioidaan usein tarkoittavan nuoren sijoittamista kotoa nuorisokotiin, nuo-

ren palaamista samaan nuorisokotiin, josta hän osastoarvioon tuli tai siirtymistä uuteen sijoituspaikkaan. Lastensuojelun turvaamistehtävä liittyy tässä kontekstissa kasvun ja nuoruusiän kehityksen turvaamiseen.

”Tarkkailujakson aikana ei ole tullut esiin epäilyä vakavasta mielenterveydenhäiriöstä, jonka vuoksi sairaalahoidon jatkaminen olisi välttämätöntä. Päädyttiin vapauttavaan hoitopäätökseen. Arvioitu, että nuori hyötyisi psyykkisen kehityksen turvaamiseksi tilanteessa ensisijaisesti lastensuojelun tuesta, eikä tarvetta psykiatriselle sairaalahoidon jatkamiselle tässä vaiheessa ole. Suositeltu jatkaa hoitoa avohoidon puolella, minne loppuarvio lähetteenä.” lääkäri

Nuorisopsykiatrian näkökulmasta myös nuoren käytösoireiluun reagoiminen kuuluu lastensuojelun tehtäväalueelle, ja siihen lastensuojelun odotetaan vastaavan arjen tukemisen keinoin. Keskiössä arjen tukemisessa ovat tässä kontekstissa struktuuri ja rajat, jotka tulisi tarjota nuorisodissa. Niiden katsotaan toimivan kasvatuksellisinä ja hoidollisina elementteinä, joiden kautta nuorta parhaiten pystyttäisiin auttamaan.

”Osastolla nuorella ei ole ilmennyt sellaisia ongelmia käytöksessä tai viitteitä sellaisesta hoitoa vaativasta mielenterveydenhäiriöstä, jonka perusteella hän vaatisi välittömästi tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa. Nuoren ei ole arvioitu olevan akuutisti itsetuhoisin. Nuoren ongelmien arvioidaan olevan tarkoituksenmukaisemmin hoidettavissa lastensuojelun tuella kasvatuksellisin keinoin. Sen ohella nähdään myös psykiatrisen avohoidon jatkumisen tarve ja ADHD:n lääkkeelliselläkin hoidolla oma paikkansa osana kokonaisuhoitoa. Suunnitelma: Mielenterveyslain mukainen tarkkailu päättyy ja samalla osastohoito. Lastensuojelu päättyy kiireiseen huostaanottoon.” lääkäri

”Väkivaltariskiä on pystytty nuoren kohdalla merkittävästi vähentämään tarjoamalla nuorelle hyvin rajattua, strukturoitua ja johdonmukaista tukea vankasti miehitetyssä laitoksessa. Tätä asiaa on syytä ottaa huomioon nuoren sijoitusasioiden päätöksissä.” lääkäri

Lastensuojelun näkökulmasta tilanne voi kuitenkin näyttäytyä hyvin toisenlaisena. Lastensuojelun näkökulmasta huonovointisen nuoren paikka ei olisi lastensuojelulaitoksessa vaan nuorisopsykiatrisella osastolla, pitkällä ja perusteellisella tutkimusjaksolla. Kirjaukset sisältävät kuvauksia siitä, kuinka nuorisokodin henkilökunta ei koe pärjäävänsä huonosti voivan nuoren kanssa.

”Pt:sta ollaan myös oltu vastikään sijoittamassa [nuorisokotiin] mutta siellä kieltäytytty ottamasta pt:sta vastaan huonon psyykkisen voinnin takia.” lääkäri

Kirjauksista löytyy kuvausta myös lastensuojelun tekemästä määrittelystä, ettei nuoren aggressiivisuus ja muu käytöshäiriöoireilu kuulu lastensuojelun työkenttään vaan apua kuuluu hakea terveydenhuollon palveluista. Alla olevassa tilanteessa lastensuojelu on päätynyt ratkaisuun, ettei aggressiivisen oireilun vuoksi nuorisopsykiatrian osastolle tullutta nuorta sijoiteta osastojakson jälkeen nuorisokotiin vaan hänet kotiutetaan avohuollon tukitoimien

turvin. Nuorisopsykiatrian sosiaalityöntekijän kirjauksessa kuvataan huolta siitä, ettei lastensuojelun suunnitelma kuulosta tarpeeksi tukevalta, koska osastojaksoson aikana nuoren kotilomia eivät olleet halunneet vanhemmat eikä nuori.

” Hoitokokouksen jälkeen ak jäänyt juttelemaan lsv:n kanssa ja silloin kerrottu että tämä suunnitelma vaikuttaa kovin hataralta. Vanhemmat eivät halunneet [nuorta] kotilomalle eikä päivälomalle ennen kotiutusta. [Nuorikin] oli sitä mieltä että näin voisi olla hyvä. [Nuorisokodista] olivat vahvasti sitä mieltä että jatkossa kun kotona tulee pulmia niin ehdottomasti ensisijaisesti päiväystykseen ja terveydenhuollon palveluiden piiriin.” sosiaalityöntekijä

Aggressiivisuuden lisäksi nuoren itsetuhoisuus ja tunnesäätelyn haasteet näyttäytyivät aineistossa toistuvasti sellaisena problematiikkana, jonka kohdalla auttamisvastuun määrittely lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä ei ollut yksimielistä. Kun nuori oireilee itsetuhoisesti, lastensuojelu toivoo nuorisopsykiatrista osastohoitoa. Nuorisopsykiatrian osastolla puolestaan pyritään turvaamaan nuori akuuttitilanteen ajan ja kotiuttamaan hänet mahdollisimman pian. Alla olevassa esimerkissä nuorisopsykiatrian osastolla arvioidaan, ettei nuori oireilun vakavuuden vuoksi pärjää pelkästään kodin ja avohoidon tuella, eikä hyödy myöskään pidemmästä osastojaksosta, jolloin vaihtoehdoksi jää, että lastensuojelu ottaa turvaamiseen ja arjen tukemiseen liittyvät tehtävät vastuulleen sijoittamalla nuoren.

”Lyhyen osastoarvion perusteella todetaan, että nuori ei hyödy pidemmästä osastohoitojaksosta vaan tarvitsee tiiviit ja turvalliset struktuurit ympärilleen, sekä jatkossa avohoidon työskentelyä. Pitkä osastohoito todennäköisesti lähinnä vieraannuttaisi nuoren arjen haasteista eikä tukisi tunnesäätelyn ja rajoihin asettumisen vahvistamisessa. Hoitokokouksessa oli mukana nuoren lastensuojelun työntekijä, joka on aloittanut valmistelut kiireellistä sijoitusta varten. Lääkitykseen ei tehty muutoksia. Tämä teksti tiedoksi [– –] nuorisopsykiatrian pkl:lle avohoidon suunnittelemiseksi.” lääkäri

Kyseinen nuori sijoitetaan lopulta toiselle paikkakunnalle ja nuorisopsykiatrisen hoito poliklinikalla päättyy. Nuorisopsykiatrisen avohoidon loppulausunnossa todetaan, että nuoren erikoissairaanhoidon tarvetta voidaan arvioida vasta sitten, kun nuori on asettunut sijoituspaikkaan. Nuoren kannalta ensisijaiseksi määritellään kasvun ja kehityksen tukeminen asettamalla impulsiivista käytöstä rauhoittavat rajat nuorisokodissa. Nuoren potilaskertomuksesta tulee esiin, että myöhemmin hänen elämänsä vaihtelevat toistuvat osastojaksot ja vaihtuvat sijoituspaikat.

Potilaskertomuksissa kuvataan toistuvasti tilanteita, joissa nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöillä on keskenään eri näkemykset siitä, mikä nuoren keskeisin problematiikka on ja mihin haasteeseen apua tulisi ensisijaisesti tarjota. Näkemuserot korostuivat

erityisesti tilanteissa, joissa nuorisopsykiatrisen avohoidon ja lastensuojelun avohuollon tukitoimet vaikuttivat riittämättömiltä. Lastensuojelun näkökulmasta nuori oireilee psykkinisesti ahdistuneisuudella ja masentuneisuudella, jolloin oireita tulisi hoitaa nuorisopsykiatrisen osastolla avohoidon ollessa riittämätöntä. Nuorisopsykiatria puolestaan näkee keskeisenä haasteena ja oireiden aiheuttajana riittämättömän aikuisen tuen ja nuoren ikätasoon nähden liian suuren vastuun arjesta, kodin olosuhteiden vuoksi vaarantuneen nuoruusiän kehityksen tai kasvuympäristön haasteet, jolloin nuori tulisi sijoittaa lastensuojelulaitokseen avohuollon tukitoimien ollessa riittämättömiä.

”Keskustelussa tulee esille, että viranomaisilla on ristiriitainen käsitys [nuoren] tilanteesta ja kyvystä selvittää tällä hetkellä kotona eläessään kahdenkesken äidin kanssa.” sairaanhoitaja, puhelinkeskustelu lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa

”Kerrottu osaston [nuorta] koskevista huolista ja kerrottu osaston mieltävän lastensuojeluilmoituksen tekoa. Poliklinikan lastensuojeluilmoitusta [ls sos.tt] kommentoinut, että lastensuojelulla ei keinoja hoitaa masennusta / ahdistusta ts. psykiatrian piirissä hoidettavissa. Kertonut, ettei lisätuen muotoja enää tarjota.” Toivoo verkostotapaamista / kutsua hoitoneuvotteluun.” sosiaalityöntekijä, puhelinkeskustelu lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa

”Keskeinen ongelma nuoren tilanteessa riittävä aikuisen tuen puute. Nuoruusiän kehityksen turvaamiseksi nuori turvallisten rajojen ja aikuisen ohjauksen tarpeessa.” lääkäri

Nuoren koulunkäymättömyyteen ja päihteidenkäyttöön liittyi myös toistuvasti näkemyseroja. Lastensuojelun näkökulmasta koulunkäymättömyyden taustalla on huono psykkinen vointi, jota tulisi ensisijaisesti hoitaa. Nuorisopsykiatrian näkökulmasta puolestaan koulunkäynnin onnistuminen on edellytys sille, että nuoruusiän kehitys voisi mennä eteenpäin ja nuori voisi hyötyä nuorisopsykiatrisesta hoidosta. Päihteidenkäytön suhteen lastensuojelun näkökulmasta nuori tarvitsisi ensisijaisesti nuorisopsykiatrista sairaalahoitoa, koska päihteidenkäytön taustalla on psykkinen huonovointisuus. Nuorisopsykiatrian näkökulmasta sama tilanne näyttäytyy siten, että lastensuojelun tulee ensisijaisesti turvata nuoren päihdevieroitus ja pidempi päihteettömyys sijoituksella, ja sen jälkeen psykkinisten oireiden hoito mahdollistuu. Myös nuoren kotiin jumiutuminen aiheutti auttamisvastuun suhteen näkemyseroja lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä.

Potilaskertomuksissa toistuivat lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian näkemyserot sen suhteen, onko nuorella tai perheellä sellaista problematiikkaa, johon tarvittaisiin molempien toimijoiden apua. Useimmiten tilanteet näyttäytyvät niin päin, että lastensuojelu vetäytyy

nuoren tilanteesta pois, koska ei nuorisopsykiatrisen hoidon alkamisen jälkeen näe min-käänlaista roolia nuoren tilanteessa. Nuorisopsykiatrian työntekijät saattavat kokea, että lastensuojelun avohuollon työskentelyä tarvittaisiin polikliinisen hoidon rinnalla, mutta lastensuojelun näkökulmasta tilanteessa ei ole mitään sellaista problematiikkaa, joka kuuluisi lastensuojelun piiriin. Poisjättäytymistä kuvataan toteamalla, ettei lastensuojelu näe tarvetta asiakkuudelle, koska mitään lastensuojelullista huolta ei ole vaan kysymys on psykiatrisesta problematiikasta. Perusteena tuodaan esiin, että huolta aiheuttanut tilanne on korjaantunut, kun nuorisopsykiatrisen hoitokontakti on saatu käynnistettyä, tai tilanne on korjaantunut ylipäätään. Toistuvia argumentteja ovat myös, ettei lastensuojelu koe huolta nuoren pärjäämisestä tai nuorisopsykiatrisen poliklinikan tuki on lastensuojelun arvion mukaan tilanteessa riittävä.

Nuori ja perhe määrittelijöinä

Nuorten ja perheiden rooli auttamistyön määrittelijöinä ja rajaajina näyttäytyy aineistossa suurena. 93 (n=181) nuoren potilaskertomuksista löytyi kuvauksia, kuinka nuori tai perhe määrittelee, kenen kuuluisi nuoren problematiikkaa hoitaa, tai kuka sitä ei saisi hoitaa. 83 nuoren potilaskertomukseen on kirjattu, kuinka nuori itse määrittelee auttajatahoa, 46 nuoren potilaskertomusmerkintöjen perusteella sopivan auttajatahon määrittelijänä on ollut vanhempi tai vanhemmat. 37 nuoren potilaskertomuksissa on merkintöjä siitä, kuinka sekä nuori että vanhemmat yhtä aikaa määrittelevät, mikä taho tilanteessa saa tai ei saa yrittää auttaa. Löysin kuvauksia nuoresta ja perheestä auttamisvastuun määrittelijöinä yhteensä 259 erillistä tekstikatkelmaa. Enimmillään näitä kuvauksia löytyi 13 tekstikatkelmaa saman nuoren potilaskertomuksesta. Hodgesin ym. (2003) moniammatillisen yhteistyön mallissa korostuu perheen merkitys moniammatillisen ja moniorganisatorisen yhteistyöprosessin jäsenenä. Yhteistyön kehittymisen edellytyksenä on sekä eri organisaatioiden työntekijöiden välinen yhteistyö että perheiden osallisuus ja sen vahvistuminen. Aineistossa näkyy selkeästi nuorten, perheiden ja ammattilaisten ristiriitaiset käsitykset nuoren avun tarpeesta ja auttamistyön keinoista. Näissä tilanteissa yhteiselle auttamistyölle ei ole edellytyksiä. Nuoren tai perheen rajatessa jommankumman toimijan tilanteestaan ulos auttamistyö ei perustu toimien tarkoituksenmukaisuuteen vaan siihen, että jäljelle jäänyt osapuoli tekee sen, mitä pystyy. Mikäli sekä lastensuojelu että nuorisopsykiatria rajataan ulos, vaihtoehtoisiksi jäävät tahdonvastaiset toimet tai nuoren jääminen vaille apua. Potilaskertomusten perusteella

näyttää siltä, että nuoret ja perheet ovat vahvasti mukana ongelmien ja toimenpiteiden määrittelyssä.

Nuoren kielteisestä suhtautumisesta nuorisopsykiatrista hoitoa kohtaan löytyi 103 eri tilanteisiin liittyvää tekstikatkelmia. Eniten vastustusta liittyi nuorisopsykiatriseen osastohoittoon, tästä kertovia erillisiä tilanteita kuvaavia tekstikatkelmia löysin 44. Lähes puolet tilanteista liittyi siihen, että aggressiivisesti oireileva tai muulla tavoin käytöksellä oireileva nuori kieltäytyi nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta, eikä tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten katsottu tilanteissa täyttyvän. Osastohoidosta kieltäytyneet nuoret kärsivät käytösoireilun lisäksi myös mielialaoireista, ahdistuneisuudesta, päihdeongelmasta, kotiin jumiutumuksesta, psykosomaattisista oireista, itsetuhoisuudesta ja neuropsykiatrisista oireista. Muutama nuori oli osastoarviossa kertonut haluavansa mieluummin nuorisokotiin kuin nuorisopsykiatrian osastolle. Eräs nuori oli poistunut osastolta omaehtoisesti ja palannut nuorisokotiin. Muutaman nuoren kohdalla nuorisopsykiatrinen osastojakso oli päättynyt ennenaikaisesti nuoren kieltäytyessä palaamasta kotiloman jälkeen osastolle. Nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta kieltäytyminen johti potilaskertomuksissa usein keskusteluun lastensuojelun sijoituksesta ainoana jäljelle jäävänä vaihtoehtona.

”Tullut osastolle [– –] ja tänään uloskirjoitus, koska nuori ei halua jatkaa hoitoa osastolla. Nuori ei halua palata kotiin ja vanhemmat haluavat ammattiapua nuoren hoitamiseen. Nuori kiireellisellä sijoituksella nyt ja siirtymässä suoraan osastolta [nuorisokotiin]. Ei myöskään halua tavata vanhempiaan. Osastojakson aikana ollut oppositiossa, vetäytynyt huoneeseensa ja ollut ärtyneen oloinen.” mielenterveyshoitaja

Nuorisopsykiatrisen vapaaehtoisuuteen perustuvan osastohoidon osoittautuessa nuoren kieltäytymisen vuoksi mahdottomaksi nuorisopsykiatrian kirjauksissa usein todetaan lastensuojelun työskentelyn olevan tilanteessa ensisijaista. Psykiatrisen hoidon todetaan mahdollisesti tulevan kyseeseen myöhemmin, mikäli nuori itse sitä haluaa.

”Akuuttia tahdosta riippumattoman osastohoidon tarvetta ei ole. Hoitosuositus pysyy ennallaan eli suositellaan nuorelle pidempiaikaista päihdehoitoa/-kuntoutusta laitoksessa lastensuojelun toimesta. Nuori tarvitsee tällä hetkellä ensisijaisesti lastensuojelun työskentelyä päihdekäytön rajaamiseksi. Myöhemmin psykiatrinen hoito voi myös tulla kyseeseen kun nuori on itse siihen motivoitunut.” lääkäri

Nuorisopsykiatrian puuttumismahdollisuudet nuoren vaikeaankin aggressiiviseen oireiluun näyttävät hyvin olemattomina tilanteissa, joissa nuori ei ole suostuvainen nuorisopsykiatriseen hoitoon ja tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit eivät täyty. Kun keinot loppuvat, katse kääntyy lastensuojelun suuntaan.

”Pt:n vastahankaisuuden vuoksi arvion tekeminen vaikeaa. Ei kuitenkaan vahvaa viitettä vakavampaan psyykkiseen häiriöön. Vaikutelma käytöshäiriöstä, masennustakaan ei voida poissulkea. Hoitomotivaatio heikko. [– –] Vaikutelmana tässä vaiheessa on, että lastensuojelulla on paremmat mahdollisuudet perheen kanssa työskentelyyn. Tältä pohjalta nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido ei välttämättä indisoiu.” lääkäri

Potilaskertomuksista tulee toistuvasti esiin, että myös sellaiset nuoret, joilla on todettu korkea väkivaltariski, kotiutuvat nuorisopsykiatrisesta osastoarviosta tai osastohoitojaksolta nuorisokotiin ilman psykiatrisen avohoidon käynnistämistä sijoituksen rinnalle, koska nuoret kieltäytyvät hoidosta. Nuorisokodit jäävät näissä tilanteissa yksin kannattelemaan vakavasti oireilevia nuoria tai alkaa kierre, jossa nuoren arki nuorisokodissa katkeaa toistuvasti osastoarvioihin tai lyhyisiin osastojaksoihin tilanteen kärjistyttyä yhä uudelleen aggressiivisuuteen ja väkivaltaan nuorisokodissa.

Nuoren avohoitoon liittyvästä haluttomuudesta löytyi kuvausta 41 tekstikatkelmasta, joissa kuvattiin erillisiä tilanteita. Näissä tilanteissa nuori kertoi joko heti nuorisopsykiatrisen tutkimusjakson päätteeksi, ettei halua nuorisopsykiatriseen avohoitoon poliklinikalle tai ilmaisi hoidon käynnistymisen jälkeen haluttomuutensa jatkaa hoitoa. Nuoret kertoivat näkemyksistään hoitoneuvotteluissa ja oman työntekijän kahdenkeskisissä tapaamisissa tai jättivät tulematta varatuille ajoille. Polikliinisestä hoidosta kieltäytyneet nuoret kärsivät useimmiten aggressiivisuuteen tai muuhun käytösongelmaan liittyvistä haasteista. Toiseksi yleisin oire olivat mielialaan liittyvät häiriöt. Myös päihteet, koulunkäyntivaikeudet, kotiin jumiutuminen ja sosiaalisten tilanteiden pelko mainittiin tässä yhteydessä. Eräs nuori oli ilmaissut haluavansa mieluummin lastensuojelun avohuollon tukitoimia kuin nuorisopsykiatrista avohoitoa.

Muutama nuori oli kieltäytynyt oireilunsa diagnostisesta tutkimisesta nuorisopsykiatrisen tutkimusjaksolla tai vastusti tarkempia jatkotutkimuksia. Näillä nuorilla oli alustavasti todettu mielialaoireita, käytösoireita, päihteidenkäyttöä, aggressiivisuutta ja neuropsykiatrista problematiikkaan. Joillakin nuorilla vastustus liittyi lääkehoidon aloittamiseen, jotkut puolestaan kieltäytyivät heille suositellusta kuntoutuspsykoterapiasta tai muusta kuntoutuksesta.

Muutamien nuorten potilaskertomuksista löytyi kirjauksia, kuinka nuori ylipäättään vastusti kaikenlaista puuttumista tilanteeseensa eikä sallinut sen enempää lastensuojelun kuin nuorisopsykiatriankaan yrittää auttaa itseään. Kahden nuoren potilaskertomuksissa kuvattiin, kuinka nuoret eivät tulleet sovituille avohoidon käynneille eivätkä suostuneet päästämään nuorisopsykiatrian tai lastensuojelun työntekijöitä kotiin sisälle. Kuvaan seuraavaksi yhden nuoren tilannetta tarkemmin avatakseni tarkemmin avusta ja tuesta kieltäytymisen problematiikkaa. Nuoren kuvattiin tarkemmin erittelemättä kieltäytyvän sekä lastensuojelun avoimuuden että nuorisopsykiatrian avohoidon tukitoimista. Toisen nuoren kuvattiin tutkimusjakson aikana vetäytyneen yhteistyöstä nuorisopsykiatrian työntekijöiden kanssa, jolloin tarpeelliseksi katsottujen tutkimusten tekeminen ei onnistunut.

”Nuorisopsykiatrian poliklinikan tutkimusjaksolla alkuun jonkin verran keskustellutkin, mutta tapaamisten edetessä vetäytynyt ja asettunut oppositioon. Toimintakyvyn arviota ei olla saatu tehtyä, pt ei ole lähtenyt minkäänlaiseen tekemiseen mukaan. Tapaamisilla viitettä masennuksesta, käytöshäiriöoireilusta, impulsiivisuudesta. Toimintakyky alentunut, motivaationpuutetta, näköalattomuutta, jaksamattomuutta, kiinnostuksen puutetta. [– –]. Viimesykyiseen jatkuvaan väkivaltaisuuheen verrattuna tilanne toisaalta jnkv rauhoittunut, mutta edelleen runsaasti poissaoloja, motivaationpuutetta, vakavaa rajoihin asettumattomuutta koulussa. Lisäksi opettaja varsin huolissaan äkkinäisistä mielialanvaihteluista ja räjähdysalttiudesta. Opettajan mukaan nykyisenkään maksimaalisen tuen [– –] avulla koulunkäynti ei onnistu. Lastensuojelun toimesta ehdotettu sijoitusta avoimuuden tukitoimena, mutta perhe ei ole siihen suostunut. [– –] Neuvottelussa suositeltu osastotutkimusta nuorisopsyk. osastolla. Äiti on sen kannalla, mutta pt ajatusta vastustaa.” lääkäri

Tilanne eteni siten, että nuori suostui osastotutkimusjaksolle. Kirjauksissa kuvataan, ettei osastollakaan päästy tutkimuksissa eteenpäin ja syyksi todettiin nuoren haluttomuus tai kyvyttömyys yhteistyöhön osaston henkilökunnan kanssa.

”Todettiin, että [nuori] tuli osastolle vastahakoisesti ja, vaikka hän on yleensä käyttäytynyt kohteliaasti ja on jopa joissakin vapaamuotoisemmissa tilanteissa tuntunut vapautuvan siinä määrin, että on päässyt syntymään kuva paljolti ikätasoiseen toimintaan kykenevästä nuoresta, niin hän on koko osastojakson ajan osoittautunut hyvin haluttomaksi (tai kykenemättömäksi) yhteistyöhön, eikä tutkimuksellisesti valittavasti olisi päästy eteenpäin niiden asioiden selvittämisessä, joiden vuoksi hän tuli osastolle.” lääkäri

Tilanteen edetessä nuorisopsykiatrian kirjauksissa todetaan osastojakson jälkeen, ettei nuorisopsykiatrialla ole enempää keinoja nuoren auttamiseksi ja päävastuu nuoren auttamis-työstä siirretään lastensuojelulle, jonka työskentelystä nuori myöskin osaltaan kieltäytyy.

”Psyk. hoitoon pt ei ole ollut suostuvainen, eikä vastentahtoisen hoidon kriteerejä ole. Huostaanoton kriteerit eivät myöskään sos.tt:n mukaan täyty, eikä perhe suostuvainen sijoitukseen. Tarkoituksenmukaista painottaa nyt avoimuuden tukitoimia lasu:n toimesta, psyk.pkl vetäytyy taka-alalle. Perhetyössä suunnataan äidin jaksamiseen ja jatkossa mahd. mukaan myös pt:n omaan tukeen. Mikäli pt:lla herää toive käynneistä psyk.pkl:lla tai perhettä kokee, että pt olisi siihen valmis, voidaan käynnit aloittaa.” lääkäri

Potilaskertomuksista löytyy melko vähän perusteluita sille, miksi nuori kieltäytyy nuorisopsykiatrisesta hoidosta. Potilaskertomuksissa todetaan, ettei nuori koe tarvetta hoidolle, koska on tyytyväinen tilanteeseensa tai ei tunnista minkäänlaista ongelmaa voinnissaan tai tilanteessaan.

”[Nuori] on vastaanoton ensimmäiset minuutit aivan hiljaa. Kuvataan tilannetta, joka molemmille lähtökohtaisesti epäkiitollinen. [Nuori] pyytää lupaa poistua paikalta ja ilmoittaa ettei hänellä ole mitään ongelmia, minkä takia täällä pitäisi käydä.” sairaanhoitaja

Toinen toistuva perustelu liittyy siihen, ettei nuori ole kokenut saamaansa hoitoa hyödylliseksi tai ei lähtökohtaisesti usko, että hoidosta voisi olla hänelle jotain hyötyä.

”Sanoo yhtäkkiä, että haluaisi lopettaa käynnit pkl:lla, koska ei koe niistä mitään hyötyä. Arvelee pärjäävänsä hyvin ilmankin. Ak ehdottaa uudelleen psyk. sairaala-hoitoa, mutta siitä kieltäytyy ehdottomasti.” lääkäri

Keinoja pakottaa nuorta polikliiniseen avohoitoon tai lääkehoitoon ei ole, ja nuoren kieltäytyessä näistä myös selkeä nuorisopsykiatrian tehtäväalueelle kuuluva vastuu nuoren psyykkisen tilanteen seurannasta siirretään lastensuojelun vastuulle.

”[Nuori] ilmoitti, että ei suostu käymään kesällä [poliklinikalla]. Kerron, että meillä ei ole keinoja pakottaa nuorta käymään pkl:lla tai syömään vastentahtoisesti lääkkeitä. Lastensuojelun tuki on tällaisessa tilanteessa ensisijaisen tärkeää. Lastensuojelu ottaa nuorisopsyk. pklaan yhteyttä, mikäli ovat akuutisti huolissaan potilaan psyykkisestä voinnista tai jos tilanne jotenkin kriisiytyy perheessä lisää” lääkäri

Myös nuorisopsykiatrisen avohoidon onnistumattomuus nuoren siitä kieltäytyessä johti potilaskertomuksissa usein siihen, että lastensuojelu jäi lopulta yksin ratkomaan nuoren ja perheen haasteita. Joissain tilanteissa nuoren polku johti lastensuojelun sijaishuoltoon epäonnistuneiden avohoitoyritysten jälkeen.

”[Nuori] kieltäytyy johdonmukaisesti käynneistä/hoidosta täällä. Lääkityksen lopettanut kesällä, isän mukaan sen vuoksi että siitä aiheutui päänsärkyä. Isä toteaa, että jäivät odottelemaan lastensuojelun päätöksiä [huostaanotosta]. Nyt ei sovi tänne käyntejä.” lääkäri

Suurimmassa osassa potilaskertomuksia nuoren vastentahtoisuus hoitoa kohtaan jäi vaille selitystä. On mahdollista, etteivät nuorisopsykiatrisen hoidon piirissä tai tarpeessa olevat nuoret aina pysty sanoittamaan ajatuksiaan ja kokemuksiaan, ja hoidosta kieltäytymisen syy jää tämän vuoksi epäselväksi. Voi myös olla, että tekstin kirjannut työntekijä jättää nuoren esiin tuoman perustelun kertomatta. Nuoren vastarintaa nuorisopsykiatriasta hoitoa kohtaan kuvataan toistuvasti ilmaisuilla ”nuori on hoitokielteinen”, ”nuori ei ole valmis sitoutumaan hoitoon”, ”nuori kieltäytyy hoidosta”, ”nuori vastustaa hoitoa”, ”nuori ei ole motivoitunut hoitoon”, ”nuori on täysin motivoitumaton yksilökäynneille poliklinikalla”,

”hoito ei onnistu nuoren puutteellisen motivaation vuoksi”, ”nuori on täydellisen yhteistyökyyvyn”. Potilaskertomuksissa toistuu toteamus, että nuori olisi hyötynyt nuorisopsykiatrisesta hoidosta, mikäli olisi siihen suostunut. Nanningan ym. (2016, 110–114) tutkimuksessa on tullut esiin, että nuorten kielteisyys hoitoa kohtaan liittyy vahvimmin ennakkoletuksiin hoidon hyödyttömyydestä, mutta myös ennakkoletuksiin haasteista nuoren ja oman työntekijän vuorovaikutuksessa sekä odotuksiin hoidon vaativuudesta. Oruche ym. (2014, 241) tuovat esiin pitkien jonotusaikojen, työntekijöiden vaihtumisen ja työntekijöiden negatiivisen asenteen liittyvän usein hoidon keskeyttämiseen. Jotta nuorten haluttomuudesta hoitoon lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuuden kontekstissa saataisiin lisätietoa, tarvittaisiin aiheesta nuorten oman äänen esiin tuovaa tutkimusta.

Nuoren lastensuojelun toimiin kohdistuvasta vastustuksesta löytyi huomattavasti vähemmän kirjauksia kuin nuorisopsykiatriseen hoitoon kohdistuvasta vastustuksesta. Eri tilanteita kuvaavia tekstikatkelmia löytyi 18. Seitsemässä tekstikatkelmassa kerrottiin nuoren vastustavan sijoitusta tai huostaanottoa. Näihin tilanteisiin liittyi nuoren aggressiivinen oireilu tai muu käytösoireilu, sekä kotiin jumiutuminen ja mielialaoireet. Yksi ahdistusoireilun vuoksi osastohoidossa oleva nuori vastusti paluuta nuoriskotiin osastohoidon jälkeen. Eräs nuori oli kokenut, että hän joutui valitsemaan joko huostaanoton tai osastohoidon ja näistä kahdesta valitsi mieluummin osastohoidon.

Lastensuojelun avohuollon tukitoimiin suhtautuivat vastentahtoisesti tässä aineistossa yksinomaan mielialaoireista kärsivät nuoret. Muutama nuori ei halunnut käynnistettävän lastensuojelun tukitoimia kuten perhetyötä tai tukihenkilötyöskentelyä. Syynä oli, etteivät nuoret kokeneet tarvitsevansa tukitoimia, tai syytä ei tarkemmin ollut eritelty.

”Nuori ilmaisi, ettei hän koe tarvitsevansa tukihenkilöä lastensuojelun kautta, ’ei todellakaan’.” lääkäri

Erään aggressiivisesti käyttäytyvän nuoren kohdalla perhetyö oli käynnistetty, mutta nuori oli kieltäytynyt puhumasta perhetyöntekijälle. Kahden nuoren potilaskertomuksiin oli kirjattu nuoren kieltävän nuorisopsykiatrian työntekijää ottamasta yhteyttä lastensuojeluun.

Vanhempien kielteisestä suhtautumisesta lastensuojelun toimiin löysin 28 erillisiä tilanteita kuvaavaa tekstikatkelmaa. Suurimmassa osassa tekstikatkelmia kuvattiin vanhemman tai perheen vastustavan ylipäättään lastensuojelun osallisuutta heidän tilanteessaan. Vanhempien kuvattiin haluavan nuorelle psykiatrista hoitoa eikä lastensuojelun toimenpiteitä.

Näissä tilanteissa oli kyse nuoren ahdistuneisuuteen, itsetuhoisuuteen, aggressiivisuuteen ja muihin käytösoireisiin, päihteidenkäyttöön, mielialaoireisiin, kotiin jumiutumiseen ja koulunkäymättömyyteen puuttumisesta. Tässä yhteydessä mainittiin myös nuoren psykoottinen oireilu ja vanhemman päihdeongelma.

”Vanhemmat kuitenkin kokevat, ettei lastensuojelun väylä välttämättä ole heille mieluisin tapa työskennellä. Ovat halukkaita osastolla järjestettäviin perhetapaamisiin nuoren hoidon tueksi.” lääkäri

”Potilaan vanhemmat suhtautuvat hyvin kielteisesti lastensuojelun väliintuloon perheen tilanteessa.” lääkäri

Yhdeksässä tilanteessa vanhemman tai perheen oli kirjattu vastustavan nuoren sijoitusta tai huostaanottoa. Näissä tilanteissa keskustelu liittyi nuoren aggressiivisuuteen tai muihin käytösoireisiin, päihteidenkäyttöön, ahdistuneisuuteen ja mielialaoireisiin. Kahden nuoren potilaskertomuksissa ilmaistiin, että vanhemmat haluavat nuorelle osastohoitoa sijoituksen ja huostaanoton sijaan.

Lähes yhtä monessa potilaskertomuksessa kuvattiin vanhemman tai perheen suhtautuvan kielteisesti lastensuojelun avohuollon tukitoimiin kuten perhetyöhön tai tukihenkilötyöskentelyyn. Näissä tilanteissa keskustelu auttamistyöstä liittyi useimmiten nuoren mielialaoireisiin. Erään nuoren potilaskertomukseen oli kirjattu, ettei vanhempi halua sellaista lastensuojelun työskentelyä, johon hänen itsensä pitäisi jollain tavalla osallistua.

”Lastensuojelun osalta aktiiviset tukitoimet ovat päättyneet. Huostaanotto purettu syksyllä. Nyt tilanteen seurailua. Tarjoavat äidille mahdollisuutta perhetyöhön, äiti torjuu. Ottaisi vastaan esim. sentyyppisen perhetyön, joka olisi lähinnä [nuorta] aktivoivaa.” lääkäri

Vanhemman tai perheen kielteistä suhtautumista nuorisopsykiatrista hoitoa kohtaan kuvattiin 26 erillistä tilannetta kuvaavissa tekstikatkelmissa. Kymmenessä erillisiä tilanteita kuvaavissa tekstikatkelmissa kerrottiin vanhemman tai perheen vastustavan nuoren hoitamista nuorisopsykiatrisella osastolla. Näissä tilanteissa hoidon syy liittyi nuoren käytösoireiluun, mielialaoireiluun, ahdistuneisuuteen ja psykoottiseen oireiluun. Vanhemmilla kuvattiin olevan pelkoja osastohoitoon liittyen tai vanhemmat kokivat osastohoidon liioiteltuna toimenpiteenä nuoren oireiluun nähden.

”Äiti kertoo vanhempien ajatuksista. Vanhempien aloitteesta osastojaksosuositus ei ole tullut, äiti ei ole vakuuttunut, onko osastojakso se, mitä [nuori] oikeasti tarvitsee. Äiti toivoisi nuorelle normaaleja ihmissuhteita koulussa ja kaveripiirissä. Äiti on huolissaan siitä, että [nuori] saa osastolta lisää ystäviä, joilla psykiatrisia ongelmia. Toisaalta äiti tuo esiin, että osastojakso voisi olla hyvä hengähdystauko ja voimavaroja lisäävä kokemus.” lääkäri

Muutamien nuorten potilaskertomuksissa kuvattiin vanhemman kokevan nuoren osastohoidon huonoksi vaihtoehdoksi perheen lomanviettosuunnitelmien hankaloitumisen vuoksi. Erään nuoren potilaskertomuksessa kuvattiin vanhempien haluavan mieluummin lastensuojelun tukea ahdistuneisuudesta ja sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivän nuoren tilanteessa nuorisopsykiatrisen osastohoidon sijaan.

Muutaman nuoren potilaskertomuksissa kuvattiin vanhemman tai perheen vastustavan nuoren hoitamista nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Näissä tilanteissa nuoren hoidon tarve liittyi käytösoireiluun, neuropsykiatrisiin haasteisiin, mielialaoireiluun, psykoottiseen oireiluun ja kotiin jumiutumiseen. Osassa potilaskertomuksia kuvattiin, ettei vanhempi tai perhe koe nuorisopsykiatrista hoitoa tarpeelliseksi. Erään nuoren tilanteessa perheen kuvataan olleen niin pettynyt nuoren toimittamiseen tahdosta riippumattomaan osastohoitoon, että he haluavat katkaista myös nuorisopsykiatrisen avohoidon kontaktin.

”Perhe peruuttanut [nuorelle] varatun ajan txt:llä ja ilmoittanut viestissä, että ”aika ei sovi nyt eikä myöhemminkään”. ” psykologi

Erään nuoren potilaskertomuksessa kuvattiin nuoren kertomana, etteivät vanhemmat tiedä hänen käyvän nuorisopsykiatrisen poliklinikalla eikä nuori aio kertoa heille asiasta, koska vanhemmat eivät halua nuoren kertovan perheen asioista ulkopuolisille. Nuoren avohoidon vastustamista yleisempää oli, että vanhempi hyväksyi nuoren hoidon mutta oli haluton itse osallistumaan siihen omien käyntien muodossa. Nuorisopsykiatriseen hoitoon kuuluu vanhempien ja perheen tapaamiset säännöllisesti, mutta osan vanhemmista kuvattiin kieltäytyvän omista tapaamisista, koska he eivät kokeneet niitä tarpeellisiksi tai kokivat niiden järjestämisen olevan aikataulusyistä hankalaa. Näissä tilanteissa nuoren hoidon tarve liittyi useimmiten aggressiivisuuteen tai muuhun käytöksellä oireiluun, myös mielialaoireiluun ja ahdistuneisuuteen. Kahden nuoren potilaskertomuksissa kuvattiin vanhemman vastustavan nuoren lääkettä. Näissä tilanteissa oli kysymys nuoren psykoosin hoitamisesta eli varsin vakavasta oireilusta.

Yhdeksässä erillistä tilannetta kuvaavassa tekstikatkelmassa kerrotaan vanhemman tai perheen vastustavan kaikkea puuttumista nuoren oireiluun tai perheen tilanteeseen. Näissä tilanteissa vanhemman tai perheen kuvataan ilmaisseen, etteivät he tarvitse tai suostu ottamaan vastaan nuorisopsykiatrisen eivätkä lastensuojelun tukea. Nämä keskustelut liittyivät

tilanteisiin, joissa nuoren avun tarve liittyi käytösoireiluun, itsetuhoisuuteen, mielialaoireiluun ja kehityshäiriöön. Vanhemman tai perheen kuvataan kokevan, etteivät he tarvitse apua tai että he ovat tyytymättömiä saatuaan aivan vääränlaista apua.

”Potilaan vanhemmat vastustavat potilaan laitossijoitusta ja psykiatrista sairaalahoitoa hyödyttöminä.” lääkäri

”Potilaan isä totesi toistetusti, ettei hän suostu, että hänen poikansa siirtyisi osastohoitoon, koska aikaisemminkin ei ole osastojaksoista ollut minkäänlaista apua. Kerroo, että aina on tilanne lauennut seuraavaksi päiväksi. Myöntää kuitenkin, ettei tilanne ole aikaisemmin ollut näin vakava.” lääkäri

”Keskusteltu äidin kanssa hoitotoimenpiteistä. Äiti tunnustaa huolen, mutta ei toisaalta koe käytettävissä olevia keinoja tarkoituksenmukaisiksi. Lastensuojelulaitokseen sijoitus ei perheelle tule kysymykseenkään. [Lääkäriin] ehdottamiin lääkityksiin eivät ole suostuvaisia. Ehdotettuun osastojaksoon tilanteen tarkempaa arviointia ja tarvittavien lääkitysmuutosten tekemistä varten eivät missään nimessä suostu.” lääkäri

Muutamien nuorten potilaskertomuksissa kuvataan varsin suuria näkemyseroja perheen ja auttamistahojen välillä. Eräässä kärjistyneessä tilanteessa vanhempi kokee nuoren ongelmia liioiteltavan, nuorisopsykiatrisen avohoidon olevan hyödyttömiä, suhtautuu lääkahoitoon kielteisesti, vastustaa nuoren osastohoitoa ja kokee aikaisemman sijoituksen huonontaneen nuoren tilannetta. Nuorisopsykiatrisen näkemys puolestaan on, että nuori tarvitsee sairaalahoitoa oireisiinsa ollessaan vaaraksi itselleen ja muille. Tilanteessa päädytään tekemään lastensuojeluilmoitus, nuoren arvioidaan tarvitsevan tahdosta riippumattomaa hoitoa ja hänen saatetaan poliisin ja ambulanssin turvin nuorisopsykiatrisen osastolle. Erään nuoren potilaskertomuksessa kuvataan tilanteen kärjistyneen vanhemman niin suureen tyytymättömyyteen perheen saamaa apua kohtaan, että hän uhkaa perheen muuttavan nykyisestä asuinkunnasta pois, jotta pääsee palveluiden piiristä pois. Muutaman nuoren potilaskertomuksissa kuvataan, kuinka vanhempi tai perhe ei sinällään suhtaudu työskentelyyn kielteisesti mutta vastustaa nuorisopsykiatrisen ja lastensuojelun yhteistyötä ja kieltäen yhteisten verkostopalavereiden koollekutsumisen. Nämä keskustelut liittyivät nuoren aggressiivisuuden tai muuhun käytöksellään oireiluun sekä päihteidenkäyttöön.

Nanniganin ym. (2016, 116–117) tutkimuksessa tuli esiin, että vanhemman yksinhuoltajuus ja matala koulutustaso ovat yhteydessä siihen, että vanhempi jo lähtökohtaisesti olettaa nuoren hoidolle olevan esteitä. Esteitä näkivät herkemmin myös poikien vanhemmat ja psykososiaalisista ongelmista kärsivien nuorten vanhemmat. Nuorten tavoin myös van-

hemmillä on ennakko-oletuksia hoidon hyödyttömyydestä, ongelmista nuoren ja omatyöntekijän suhteessa sekä hoidon vaativuudesta. Buckinghamin ym. (2016) tutkimuksessa vanhemmat toivat esiin hoitojärjestelmän haasteita esteenä hoitoon sitoutumiselle. Haasteet liittyivät aikatauluihin, hoidosta aiheutuviin kuluihin ja järjestelmän hahmottamisen vaikeuksiin. Yleisimmäksi haasteiden aiheuttajaksi he kuitenkin kokivat suhteet työntekijöihin. He raportoivat osallisuuden puutetta ja kokemusta, etteivät he tulleet kuulluksi. Myös vanhempien kokemuksia nuoren yhteisasiakkuudesta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian palveluista olisi tärkeää tutkia, jotta saataisiin enemmän tietoa siitä, minkälaisia tekijöitä vanhemman vahva tuki nuoren hoidolle edellyttää.

Auttamisvastuu ja resurssit

15 (n=181) nuoren potilaskertomuksista löytyi kuvauksia siitä, kuinka auttamisvastuuta määritellään sen perusteella, kummalla taholla katsottiin olevan resursseja auttaa nuorta tai tilanteesta vetäytymistä perusteltiin sillä, ettei resursseja ole. Näitä kuvauksia löysin potilaskertomuksista yhteensä 30 tekstikatkelmaa. Kymmenen nuoren potilaskertomusmerkinnöissä kuvataan lastensuojelun resursseihin liittyviä tekijöitä auttamisvastuun siirtämisen tai siirtymisen taustalla seitsemän nuoren potilasmerkinnöissä puolestaan nuorisopsykiatrian resursseihin liittyviä tekijöitä. Resurssikysymyksiin perustuvaa vastuun siirtämistä kuvattiin tässä aineistossa ainoastaan sijoitettujen tai huostaanotettujen nuorten potilaskertomuksissa. Resurssikysymyksiä kuvaavista potilaskertomusmerkinnöistä tulee esiin D'amourin ym. (2008) strukturaatiomallin organisaation ominaisuuksiin liittyvä ulottuvuus. Resurssikysymyksiin ei yksittäinen työntekijä voi vaikuttaa vaan kysymys on johtamiseen ja poliittiseen päätöksentekoon liittyvistä tekijöistä.

Lastensuojelun resursseja koskeva keskustelu liittyi useimmiten siihen, etteivät lastensuojelulaitosten resurssit riitä aggressiivisten nuorten huolenpidosta vastaamiseen. Kirjauksista ei ollut tarkasti erotettavissa, liittyikö resurssipula henkilökunnan riittävyteen, osaamiseen, tilakysymyksiin, toimivaltaan vai johonkin muuhun, mutta usein resurssipula liitettiin teksteissä nuoren aggressiivisen käyttäytymisen vuoksi kärjistyviin tilanteisiin, joissa nuorisokodin henkilökunta ei pystynyt riittävällä tavalla toimimaan. Kuten nuoren problematiikkaa koskeva keskustelu, myös tämä keskustelu liittyi vahvasti turvaamistehtävän hoitamisen haasteisiin. Kirjauksissa todettiin lastensuojelun kanta, että lastensuojelun keinot oli

käytetty loppuun. Usean nuoren teksteissä todettiin, ettei lastensuojelulaitoksilla ole tarvittavia resursseja taata nuoren tai muiden ihmisten turvallisuutta. Kirjauksista tuli esiin, ettei sopivaa sijaishuollon yksikköä ollut löydettävissä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille, koska koulukoditkin kieltäytyivät ottamasta heitä vastaan.

”[Nuorisokodista] on annettu ymmärtää että [nuorella] ei ole paluuta sinne.” sosi-aalityöntekijä

”Tilanne lastensuojelun puolelta se, että [nuorisokodista] irtisanottu sijoituspaikka. Sellaista sijoituspaikkaa, missä nuoren ja muiden ihmisten turvallisuus pystyttäisiin takaamaan, ei ole lastensuojelun puolelta tarjota, vaihtoehtoja kartoitettu jo aikai-semmin. Vapaaehtoista osastohoitoa nyt jatketaan, tarkoitus selvittää jatkosuun-nitelmaa.” lääkäri

Nuoren itsetuhoisuus mainittiin toistuvasti lastensuojelun resursseihin liittyvässä keskustelussa. Myös tässä keskustelussa tuli esiin, että nuorisokoti kieltäytyi ottamasta nuorta vastaan. Itsetuhoisuuteen liittyi pula nuorisokotien henkilökunnan osaamisressursissa, myös henkilökunnan riittävyyteen viitattiin toteamalla, ettei nuorisokodin arjessa ole mahdollista irrottaa yhtä aikuista olemaan nuoren vierellä koko ajan.

”[Nuorisokodin työntekijä] sitä mieltä että nuori ei ole nuorisokotikuntoinen ja että he eivät tässä tilanteessa nuoren kanssa pärjää koska yksi ohjaaja ei voi olla nuoren tilannetta koko aikaa seuraamassa.” lääkäri, puhelinkeskustelu

Haasteena oli myös, ettei huostaanoton kriteereiden katsottu täyttyvän itsetuhoisuudella oi-reilevan nuoren tilanteessa, eikä sellaista avohuollon sijoituspaikkaa löytynyt, joka olisi riittävän strukturoitu nuoren oireiden kohtaamiseen.

Nuorisopsykiatrian resursseja koskeva keskustelu liittyi useimmiten osastopaikkojen saata-vuuteen. Erään nuoren tilanteessa vapaata osastopaikkaa ei löytynyt, vaikka sille olisi ollut tilannetta arvioivan lääkärin näkemyksen mukaan tarve. Osastopaikkaa tiedusteltiin useam-malta eri osastolta ja lopulta päädyttiin ehdottamaan lastensuojelun sijoitusta ratkaisuna nuorisopsykiatrisen osaston resurssipulaan.

”Yhteenvetona todetaan, että nyt [nuorisopsykiatrialla] ei ole käytettävissä nuoriso-osasto paikkoja tutkimusjaksoa varten, minkä takia aikuisosastolla jatkuu nuoren hoito. [– –] Mikäli mahdollista nuoren psyykinen vointi ja pärjääminen huomioi-den voisi nuoren edun mukaista pidättäytyä hoidollisesti aikuisosaston kriisihoito-jaksossa ja tehdä sijoittaminen sosiaalitoimen puolesta. Nuoriso-osasto- tai avohoi-totutkimusjakson voisi toteuttaa mahdollisesti elektiivisesti myöhempänä ajankoh-tana.” lääkäri

Osastohoidon resursseihin viitattiin myös toteamalla, että osastojaksoa voidaan nuoren ti-lanteessa harkita, mikäli osastolla on tilaa. Osastojakson tarpeen määrittely ei lähtenyt nuo-ren tarpeesta vaan organisaation resursseista. Osastotutkimusjakson pitkistä jonotusajoista

löytyi myös mainintoja potilaskertomuksista. Yhden nuoren potilaskertomuksessa todettiin myös, ettei osastolla pystytä vastaamaan nuoren hoidollisiin tarpeisiin, koska osaston olosuhteet olivat nuorelle liian levottomat. Vaihtoehdoksi esitettiin tässäkin tilanteessa nuorisokotia. Nuorisopsykiatrisen avohoidon resursseihin ei tässä keskustelussa juurikaan viitattu lukuun ottamatta yhden potilaan teksteihin kirjattua mainintaa, että avohoidon työntekijän työtilanne on kuormittunut eikä hänellä ole riittävästi aikaresurssia, jotta voisi tarjota nuorelle tiivistä avohoitoa. Työntekijä esitti, että tilanteessa nuoren hoito olisi hyvä siirtää nuorten perustason päihde- ja mielenterveyspalveluihin.

Resursseihin liittyvä keskustelu herättää kysymyksiä siitä, onko viime vuosien trendi potilaspaiikkojen vähentämisestä osastohoidon puolelta ollut perusteltu ratkaisu. Vaikeasti oireileville potilaille nuorisopsykiatrisella avohoidolla yksistään vaikuttaa olevan hyvin vähän tarjottavaa, rinnalle tarvitaan lastensuojelun sijoitusta. Osastoilla vallitsee nopean pois-lähtämisen kulttuuri. Lastensuojelun sijaishuollosta puolestaan näyttää puuttuvan sellaisia laitoksia, joissa pystyttäisiin takaamaan vaikeasti oireilevien aggressiivisten nuorten turvallisuus. Näyttää siltä, että lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalle tarvittaisiin uudenlaisia laitoshoidon muotoja. Esimerkiksi Honkisen ja Pasasen (2011, 260) tutkimuksessa todettiin psyykkisesti oireilevien lasten hyötyneen sijoituksesta intensiivihoitoon.

7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa kokoan yhteen keskeiset tutkimustulokseni ja esittelen niistä tekemäni johtopäätökset. Aluksi käsittelen yhteisasiakkuudessa olevien nuorten taustatekijöitä sekä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden välistä yhteistyötä. Jälkimmäisessä alaluvussa keskityn auttamisvastuun jakamisen ja siirtämisen teemoihin.

7.1 Yhteisasiakkuudessa olevat nuoret ja viranomaisten yhteistyö

Nuorten taustatekijöihin liittyvät havainnot

Tutkimuksessa tuli esiin, että yli kolme neljäsosaa nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olleista nuorista oli potilasasiakirjamerkintöjen perusteella lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuudessa. Tulos vahvistaa Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimushavaintoa yhteisasiakkuusilmiön laajuudesta erityisesti nuorisopsykiatrisen hoidon näkökulmasta. Myös muissa suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu yhteisasiakkuuden olevan lasten ja nuorten palvelujärjestelmässä yleistä (Leslie ym. 2000; Pasanen 2001; Iversen ym. 2007; Sullivan & van Zyl 2008; Lehto-Salo 2011; Sainero ym. 2014).

Tutkimuksessani yhteisasiakkuus osoittautui huomattavasti yleisemmäksi verrattuna Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimukseen. Tämä voi selittyä ratkaisullani käyttää aineistona ai-noastaan niiden nuorten potilasasiakirjoja, jotka ovat ainakin kertaalleen olleet nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa, kun taas Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimuksessaan huomioitiin myös pelkän nuorisopsykiatrisen avohoidon asiakkaat. Nuorisopsykiatriseen osastohoi-toon turvaudutaan vakavissa mielenterveyden häiriöissä, jotka edellyttävät tiiviimpää ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa. On mahdollista, että nuorisopsykiatrisen osastohoidon tarve ennustaa myös lastensuojelun palveluiden tarvetta useammin verrattuna nuorisopsykiatrisen avohoidon tuella pärjääviin nuoriin. Tätä päätelmää tukee Siposen ym. (2007) tutkimushavainto tahdosta riippumattomien nuorisopsykiatristen osastohoitojen ja lastensuojelun sijoitusten keskinäisestä riippuvuudesta.

Tässä tutkimuksessa lähes kaksi kolmasosaa yhteisasiakkaista oli tyttöjä. Tyttöjen osuus on nuoruusikäisten psykiatrisissa hoidoissa ylipäätään Suomessa suurempi kuin poikien (Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2016). Suurin hoitoon tulijoiden ryhmä olivat tutkimuksessani 13vuotiaat tytöt. Yhteisasiakkaiden ikäjakauman painottuminen nuorisopsykiatrisen hoidon nuorimpiin potilaisiin on havaittu myös Metterin ja Kiurun (2014a) tutkimuksessa. Sukupuolen suhteen tulos on eriävä, sillä heidän tutkimuksessaan poikien osuus korostui yhteisasiakkaissa. Tässä tutkielmassa kolmasosalla nuorista oli potilaskertomusmerkintöjen perusteella ollut edeltävä lastenpsykiatrisen hoitokontakti. Lastenpsykiatrisessa hoidossa oli ollut puolet aineiston pojista. Lähes viidesosa nuorista lähetettiin nuorisopsykiatrisen hoidon päättyessä jatkohoitoon aikuispsykiatrisen palveluihin. Kuudella prosentilla aineiston nuorista hoitopolku kattoi suuren osan lapsuudesta ja nuoruudesta jatkuen vielä aikuisuuteen saakka: he olivat asiakkaana sekä lastenpsykiatrisen että nuorisopsykiatrisen palveluissa ja jatkoivat hoitoa vielä aikuispsykiatrisen puolella. Tämä kertoo erittäin pitkäkestoisesta avun ja tuen tarpeesta ja herättää kysymyksen siitä, onko palvelujärjestelmä pystynyt täysin vastaamaan heidän tarpeisiinsa, kun ilman hoitoa pärjääminen ei pitkän hoitoajan jälkeen näyttäyty mahdollisena.

Sekä hoidon aloitusvaiheen diagnooseissa että sanallisissa hoidon syiden kuvaksissa tuli esiin yksilöoireilun (mielialahäiriöt, ahdistushäiriöt) yleisyys tytöillä ja käytösoireilun (lapsuudessa tai nuoruudessa alkaneet käytös- ja tunnehäiriöt) yleisyys pojilla. Tulos on yhteneväinen Jozefiakin ym. (2016) lastensuojelulaitoksissa asuvien nuorten oireilua koskevien tutkimushavaintojen kanssa. Myös Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimuksessa todettiin käyttöhäiriödiagnoosin yleisyys yhteisasiakkuudessa olevilla nuorilla.

Noin puolet yhteisasiakkuudessa olevista nuorista asui hoidon alkaessa yhden vanhemman, tyypillisesti äidin kanssa. Ydinperheissä asui vajaa kolmannes nuorista. Yhteisasiakkaiden perhemuoto näyttäytyy samansuuntaisena kuin Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimuksessa. Myös lastensuojelun asiakkaana olevat lapset ja nuoret asuvat usein yhden vanhemman perheissä, kun taas enemmistä Suomen väestön lapsista asuu kahden vanhemman kanssa (Heino 2013, 94). Yhteisasiakkuudessa olevien nuorten perhemuodon voi todeta eroavan valtaväestön perhemuodosta ja olevan samankaltainen kuin lastensuojelun asiakkaana olevilla lapsilla.

Tutkimuksessa tuli esiin yhteisasiakkuudessa olevien nuorten kohonnut riski erilaisiin perhesuhteisiin ja laajempaan sosiaaliseen ympäristöön liittyviin kuormitustekijöihin: koulu-kiusatuksi tulemiseen, lähisuhdeväkivallan näkemiseen tai kokemiseen, seksuaaliseen hyväksikäyttöön, nuoren omaan päihteidenkäyttöön, perheenjäsenen päihdeongelmaan ja perheenjäsenen tai muun lähisukulaisen mielenterveysongelmiin. 90 prosentilla nuorista löytyi potilaskertomusmerkintöjä yhdestä tai useammasta kuormitustekijästä, enimmillään kuudesta kuormitustekijästä saman nuoren potilaskertomuksessa. Lastensuojelun asiakkuudessa olevien lasten elinolosuhteisiin on useissa aikaisemmissakin tutkimuksissa todettu liittyvän monenlaista kuormitusta ja pahoinvointia aiheuttavia tekijöitä (Burns ym. 2004; Sullivan & Van Zyl 2007; Egelund & Lausten 2009; Heino 2013).

Suurimmalla osalla yhteisasiakkuudessa olevista nuorista on potilaskertomusmerkintöjen perusteella ollut ensin kontakti lastensuojeluun ja vasta sen jälkeen he ovat ohjautuneet nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin. Muutamien nuorten potilaskertomuksista tulee esiin lastensuojelun rooli nuorisopsykiatrisen arvioon ja hoitoon ja ohjaamisessa. Koponen ym. (2010) ovat havainneet sijaishuoltopaikkojen nuorten tulevan hoitoon tarkkailulähetteellä useammin kuin muiden nuorten, vaikka heidän psykiatriset häiriönsä eivät olisi yhtä vakavia kuin muiden nuorten. Tässä tutkimuksessa 57 prosenttia yhteisasiakkuudessa olevista nuorista oli lähetetty kertaalleen tai useammin tahdosta riippumattoman hoidon arvioon M1-tarkkailulähetteellä.

Yli puolet yhteisasiakkuudessa olevista nuorista oli potilaskertomusmerkintöjen perusteella sijoitettu ja yli kolmannes otettu huostaan. Vuonna 2017 Suomessa oli huostaan otettuna yksi prosentti väestön alaikäisistä, eli yhteisasiakkuudessa olevilla nuorilla huostaanotto on huomattavasti yleisempää kuin väestön lapsilla ja nuorilla keskimäärin (Lastensuojelu 2017, 3). Kiurun ja Metterin (2014a) tutkimuksessa kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli 11 prosenttia nuorista. Huomattava ero todennäköisesti selittyy jo aikaisemmin tässä luvussa esiin tuomallani aineistojen eroavaisuudella. Suurin osa sijoituksista ja huostaanotoista tapahtui nuorisopsykiatrisen hoidon aikana. Nuorisopsykiatrisen hoito ja lastensuojelun sijoitus näyttävät nivoutuvan yhteen, ja vertailu Metterin ja Kiurun (2014a) tutkimushavaintoon vahvistaa havaintoa erityisesti nuorisopsykiatrisen osastohoidon ja sijoituksen yhteen kietoutumisesta (ks. myös Siponen ym. 2007). Sijoitus ja huostaanotto oli pojilla yleisempää kuin tytöillä. Suomessa poikien osuus on tyttöjä suurempi kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista, eli sukupuolijakauma on yhteisasiakkailla samankaltainen

kuin kaikilla sijoitetuilla nuorilla Suomessa (Lastensuojelu 2017, 6). Nuorisopsykiatrisen hoidon alkaminen varhaisemmassa nuoruudessa oli useammin yhteydessä huostaanottoon kuin hoidon alkaminen yli 15-vuotiaana. Huostaanotettuja nuoria oli eniten siinä ryhmässä, joilla hoidon syynä oli käytökseen liittyvä ongelma ja joille oli hoidon alkuvaiheessa asetettu lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin liittyvä diagnoosi. Tulos on linjassa aikaisempien tutkimushavaintojen kanssa sen suhteen, että käytösoireet ovat sijoitetuilla nuorilla yleisiä (Koponen ym. 2010; Lehto-Salo 2011; Manninen 2013). Suurimmalla osalla huostaanotetuista nuorista oli potilaskertomusmerkintöjä yhdestä tai useammasta perheeseen tai sosiaaliseen ympäristöön liittyvästä kuormitustekijästä.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyöhön liittyvät havainnot

Yhteisasiakkuudessa olevien nuorten hoitoon liittyi suurimman osan kohdalla lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välistä yhteydenpitoa. Yhteydenpito käynnistyi usein nuorisopsykiatrian tarpeesta tehdä lastensuojeluilmoitus. Yhteydenotto lastensuojeluun heti nuorisopsykiatrisen hoidon alkaessa ei näyttäydä aineistossa vakiintuneena käytäntönä vaikka nuorisopsykiatrian työntekijöillä olisi jo tässä vaiheessa tieto nuoren lastensuojelukontaktista. Työskentelyä alettiin toteuttaa oman organisaation lähtökohdista käsin. Yhteydenpito lastensuojeluun on nuorisopsykiatrialla yleistä, mutta se toteutuu usein vasta sitten, kun nuoren tilanne on jo pitkällä. Tässä näkyy, ettei lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyö ole sellaisella tavalla vakiintunutta, jota D'amour ym. (2008) kuvaavat määritellesään aktiivista moniammatillista yhteistyösuhdetta.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden kasvokkaiset kohtaamiset ja puhelin-keskustelut olivat aineistossa yleisimpiä yhteistyömuotoja. Tietojen vaihtaminen asiakirjojen kautta oli myös tyypillistä. Yhteyttä pidettiin välillisesti myös jonkun kolmannen osapuolen kautta. Ainoastaan 12 nuoren potilaskertomusteksteistä ei löytynyt merkintöjä minäkäänlaisesta yhteydenpidosta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden välillä. Yhteisasiakkuus oli tunnistettavissa potilaskertomuksiin kirjatun nuoren, perheen tai jonkun muun organisaation työntekijän tuottaman lastensuojelua koskevan kuvauksen kautta.

Lähes kaikissa viranomaisten välisissä kohtaamisissa oli paikalla nuori ja/tai vanhempi, eli pelkästään viranomaisten välisiä tapaamisia pidettiin hyvin vähän. Suurin osa yhteisistä tapaamisista toteutui nuorisopsykiatrian tiloissa. Lastensuojelusta yhteistapaamisiin osallistui

useimmiten nuorisokodin työntekijä tai sosiaalityöntekijä. Usein myös koulun työntekijä osallistui lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisiin tapaamisiin.

Tapa kuvata viranomaisten välisiä kasvokkaisia kohtaamisia vaihteli potilaskertomuksissa. Nuoren ja vanhempien näkökulmat tilanteeseen kuvattiin lähes poikkeuksetta selkeästi, mutta lastensuojelun näkökulma ja lastensuojelun työntekijän läsnäolon syy tapaamisessa ei aina tullut kirjauksista esiin. Osassa yhteistapaamisia kuvaavista kirjauksista lastensuojelu näyttäytyi täysin äänettömänä, tietoa vastaanottavana osapuolena. Koulun, nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun yhteisiä tapaamisia kuvaavissa kirjauksissa näyttäytyi toistuvasti kerrontatapa, jossa nuoren, perheen, koulun ja nuorisopsykiatrian välillä käytyä dialogia tehtiin teksteissä näkyväksi, mutta lastensuojelun työntekijän osallisuus jäi kuvaamatta. Kirjausten niukkuus voi kertoa monista asioista. Kysymys voi olla kirjaajan tekemistä valinnoista sen suhteen, minkä hän arvioi olevan dokumentoinnin kannalta keskeistä ja tärkeää. Se voi kertoa myös siitä, ettei kirjaaja pysty kuvaamaan sellaista, mikä on kohtaamisessa jäänyt puhumatta auki, jäsentämättä tai ymmärtämättä. Voi olla, ettei lastensuojelun työntekijän roolista ole tapaamisella keskusteltu, tai että organisaatioiden erilaiset kielet vaikeuttavat toinen toisensa ymmärtämistä ja asia on jäänyt epäselväksi (ks. Pohjola 1999; Palinkas ym. 2014; Van Den Steene ym. 2018).

Puhelinkeskusteluilla korvattiin kasvokkaisia kohtaamisia silloin kun niitä ei ollut aikataulusyistä mahdollista järjestää. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian väliset puhelinkeskustelut liittyvät myös juoksevista asioista tiedottamiseen ja yhteisten tapaamisten sopimiseen. Lastensuojelua määriteltiin myös nuorisopsykiatrian, nuoren ja perheen ja joissain tilanteissa muidenkin yhteistyökumppaneiden kesken pidetyissä kasvokkaisissa kohtaamisissa ilman lastensuojelun paikallaoloa. Määrittely koski usein lastensuojelun osallisuuden ja tukitoimien tarpeellisuutta. Tieto lastensuojelun ajankohtaisista tukitoimista ja työskentelystä tuli nuorisopsykiatrian työntekijöille usein nuoren ja perheen kertomana. Nuoren sijaishuollon tarvetta määriteltiin usein lääkärin äänellä ilman lastensuojelun läsnäoloa.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden kasvokkaiset kohtaamiset, puhelinkeskustelut ja tiedon välittäminen asiakirjojen kautta näyttäytyvät aineistossa yleisinä yhteistyön tekemisen muotoina. Ne kuitenkin näyttäytyvät aineistossa tilannesidonnaisina, eivät vakiintuneeseen struktuuriin perustuvina. Hodgesin ym. (2003) viisiportaisen yhteistyömallin kautta tarkasteltuna lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyö vaikuttaa nuorten

tilanteissa kehittyvän ensimmäiseltä portaalta toiselle, eli tilanteesta, jossa yhteistyötä ei ole, tilanteeseen, jossa yksittäiset työntekijät ovat kontaktissa toisiinsa yrittäessään löytää ratkaisua jonkun tietyn nuoren ja perheen tilanteeseen. Vakiintuneet organisaatorajat ylittävät säännönmukaiset yhteistyörakenteet eivät kuitenkaan näytä ohjaavan toimintaa.

7.2 Auttamisvastuun jakaminen ja siirtäminen

Kuvaukset jaetusta auttamisvastuusta

Valtaosassa potilaskertomuksia lastensuojelun rooli tarpeellisena toimijana nuoren auttamistyössä nuorisopsykiatrisen hoidon lisäksi oli jollain tavalla tunnistettu ja tuotu esiin. Potilaskertomuksista yli puolessa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian tehtäväalueita määriteltiin suhteessa toisiinsa. Näiden kuvausten katson kertovan lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisestä jaetusta auttamisvastuusta. Kun auttamisvastuu jaetaan, kukin taho suunnittelee ja arvioi omia toimiaan suhteessa toisen tahon toimintaan yhdessä ja erikseen. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian jaettu auttamisvastuu tarkoitti hyvin harvoin yhteistä työskentelyä esimerkiksi organisaatorajat ylittävinä työpareina. Sen sijaan tyypillisiä olivat rinnakkaiset, peräkkäiset ja vuorottelevat erilliset toimet ja ammattilaisten, nuoren ja perheen yhteinen arvio työskentelyn etenemisestä. D'amourin ym. (2008) strukturaatiomallissa jakaminen ulottuu vastuun jakamiseen, jaettuun päätöksentekoon, arvojen jakamiseen, yhteiseen toimintafilosofiaan, jaettuun tietoon, jaettuun suunnitteluun ja toimintaan ja eri asiantuntijoiden näkökulmien jakamiseen. Potilaskertomusaineiston perusteella lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian jaettu auttamisvastuu kattaa vastuun, tiedon, suunnittelun ja eri asiantuntijoiden näkökulmien jakamiseen. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen yhteistyö ei täytä D'amourin ym. (2008) kolmiportaisessa typologiassa moniammatillisen yhteistyön korkeimman tason, aktiivisen yhteistyön tunnusmerkkejä. Aktiiviselle yhteistyölle tunnusomaisia innovatiivisia työtapoja ei ollut potilaskertomusaineiston perusteella tunnistettavissa. Työskentely kuvautui perinteisinä nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun työtapoina ja toimenpiteinä.

Auttamisvastuu painottui potilaskertomuksissa eri tavoin lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä. Päävastuu auttamistyöstä kuuluu osassa potilaskertomuksia selkeästi jommallekummalle taholle, osassa toimijoiden roolit eivät painotu eri tavoin suhteessa toisiinsa. Nuorisopsykiatrian tehtäväalueeksi määrittyi selkeästi nuoren psyykkisten oireiden hoitaminen ja voinnin seuranta. Päävastuu auttamistyöstä määriteltiin usein lastensuojelun tehtäväksi nuoren käytökseen liittyvissä ongelmissa tai perheen sisäisiksi haasteiksi määritellyissä asioissa. Auttamisvastuuta saattoi olla jakamassa muitakin tahoja lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian lisäksi.

Auttamisvastuun jakamisen perustelutapoja löytyi aineistosta neljää erilaista tyyppiä: työnjakoon perustuva määrittely, yhteistyön tarpeen tunnistamisesta lähtevä määrittely, toisen toiminnan mahdollistaminen ja yhteistyö osana hoitoa. Työnjakoon perustuva määrittelytapa oli aineistossa yleisin. Sen keskiössä oli eri osapuolten tehtävien ja niiden palveluvalikkoon kuuluvien toimenpiteiden erittely. Seuraavaksi yleisin määrittelytapa oli yhteistyön tarpeen tunnistamisesta lähtevä määrittely. Siinä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian erillisiä vastuualueita ei eritelty vaan tyypillistä oli ilmaisun väljyys ja epätarkkuus ilman konkreettista suunnitelmaa työskentelystä. Tässä määrittelyssä selkeänä lähtökohdana toimi yhteinen tavoite, mutta sitä ei läheskään aina asetettu. Yhteistyön tarve, olemassaolo tai tärkeys saatettiin todeta asiaa tarkemmin erittelemättä. Toisen toiminnan mahdollistamisen liittyi sekä lastensuojelun rooliin nuorisopsykiatrisen hoidon mahdollistajana että nuorisopsykiatrisen rooliin lastensuojelun työskentelyn mahdollistajana. Keskiössä oli tahojen riippuvuus toisistaan omien perustehtäviensä toteuttamisessa. Lastensuojelun työtä nuoren ja perheen arjen tukemiseksi tarvittiin nuorisopsykiatrisen hoidon onnistumiseksi. Vastaavasti lastensuojelu tarvitsi nuorisopsykiatrisen hoidollista asiantuntemusta, jotta pystyi tukemaan ja turvaamaan nuoren arkea nuorisokodissa tai kotona. Lastensuojelun työskentely osana nuorisopsykiatrista hoitoa sisälsi määritelmän yhteistyöstä hoidon osa-alueena ja määritelmän verkostotyöstä hoitomenetelmänä. Lastensuojelun toimintaa määriteltiin hoidollisesta lähtökohdasta käsin, ei työskentelyksi lastensuojelun omasta perustehtävästä määrittävällä toimintakentällä.

Metteri ja Kiuru (2014b) löysivät tutkimuksessaan nuorisopsykiatrisen potilasasiakirjoista kuvaksia neljästä tehtäväalueesta jotka syntyvät ja joita ylläpidetään lastensuojelun ja nuorisopsykiatrisen välisessä toiminnassa. He nimesivät nämä tehtäväalueet nuoren turvaa-

miseksi, tilanteen pysäyttämiseksi ja kriisityöksi, arjen tukemiseksi ja perheen auttamiseksi. He kiinnittävät huomiota siihen, että nämä tehtäväalueet kuvaavat pitkälti perinteisiä lastensuojelun tehtäviä vaikka dokumentointi on tehty nuorisopsykiatrialla. Hyödynsin näitä tehtäväalueita lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian auttamisvastuun tarkastelussa ja totesin, että kaikki neljä ovat löydettävissä myös omasta aineistostani. Osittain Metterin ja Kiurun (2014b) kuvaamat tehtäväalueet näyttäytyivät yhteisinä, jaettuina tehtäväalueina, mutta useimmiten niiden kautta kuvattiin aineistossa lastensuojelun roolia nuoren ja perheen tilanteessa. Nuorisopsykiatrian ydintehtäväalueena kuvattiin nuoren psyykkisten oireiden tutkimista, diagnosointia, hoitoa ja seurantaa. Lastensuojelun tehtäväalueiksi määriteltiin arjen tukeminen, turvaaminen ja perheen auttaminen. Kriisityö akuutissa tilanteessa määriteltiin harvemmin lastensuojelun tehtäväksi. Selkeiden tehtäväalueiden lisäksi lastensuojelun osalta oli tunnistettavissa myös epämääräinen mukanaolon rooli, joka joissain tilanteissa vaikutti olevan turvaamistehtävän kaltainen, mutta pääsääntöisesti liittyvän siihen, ettei tekstin kirjaaja tiennyt tai ymmärtänyt lastensuojelun roolia nuoren tilanteessa.

Kuvaukset auttamisvastuun siirtämisestä

Kuvaukset auttamisvastuun siirtämisestä korostuvat poikien potilaskertomuksissa. Nuoren käyttöön liittyvät oireet ja ongelmat, nuoren päihteidenkäyttö ja lähisukulaisen mielen-terveysongelma sekä nuoren sijoitus ja huostaanotto esiintyvät nuoren taustatekijöinä useammin niissä potilaskertomuksissa, joissa kuvattiin auttamisvastuun siirtämistä verrattuna kaikkiin aineiston potilaskertomuksiin. Ammattilaiset perustelevat auttamisvastuun siirtämistä nuoren problematiikalla ja organisaatioiden resursseilla. Nuori ja hänen perheensä määrittelevät, miltä taholta suostuvat ottamaan apua vastaan. Auttamisvastuun siirtämisen määrittelytavat jakautuvat aineistossa näihin kolmeen lähtökohtaan. Nuoren problematiikkaan perustuva määrittelytapa sekä nuoren ja perheen tekemä määrittely olivat lähes yhtä yleisiä. Organisaation resursseihin pohjautuva määrittelytapa oli huomattavasti harvinaisempi ja se oli löydettävissä ainoastaan sijoitettujen tai huostaanotettujen nuorten potilaskertomuksista.

Nuoren problematiikkaan perustuva auttamisvastuun siirtäminen liittyi kolmenlaisiin tilanteisiin: kysymyksessä oli lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen eriävä näkemys joko siitä, kenen vastuulle tietyn tyyppinen problematiikka kuuluu, eriävä näkemys problematii-

kan määrittelystä tai eriävä näkemys siitä, onko problematiikka olemassa. Usein näkemuserot sijoittuivat nuorisopsykiatrisen osaston ja nuorisokodin väliselle rajalle. Neuvotte-
lua käytiin siitä, kenen vastuulle kuuluu reagoiminen nuoren aggressiiviseen oireiluun ja
väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Nuorisokodissa todettiin keinojen loppuvan, mutta nuoren
ei katsottu hyötyvän nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta. Nuoren itsetuhoisuus ja tun-
nesäätelyn haasteet aiheuttivat toistuvasti erimielisyyttä auttamisvastuusta.

Ammattilaisten erilaiset tavat määrittellä asiakkaan problematiikkaa ovat yksi suurimpia es-
teitä moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle (Van den Steene 2018). Erilaiset tavat
tulkita nuoren keskeisintä problematiikkaa korostuivat tilanteissa, joissa nuorisopsykiatri-
sen avohoidon ja lastensuojelun avohuollon tukitoimet vaikuttavat riittämättömiltä nuoren
oireillessa vakavasti. Lastensuojelu näki keskeisenä nuoren psyykkiset oireet, ahdistunei-
suuden ja masentuneisuuden. Nuorisopsykiatrian näkökulmasta keskeisenä haasteena oli-
vat perheen sisäiset haasteet ja vanhemmuuden puutteet. Nuoren koulunkäymättömyys,
päähteidenkäyttö ja kotiin jumiutuminen aiheuttivat toistuvasti lastensuojelun ja nuoriso-
psykiatrian toisistaan poikkeavia tulkintoja tilanteesta.

Tilanteet, jossa tukitoimia vaativan problematiikan olemassaolo kyseenalaistettiin, liittyi-
vät lastensuojelun vetäytymiseen nuoren auttamistyöstä pois. Nuorisopsykiatria toivoi las-
tensuojelun avohuollon työskentelyä polikliinisen hoidon rinnalla, mutta lastensuojelu ei
nähty tilanteissa mitään lastensuojelun piiriin kuuluvaa problematiikkaa. Lastensuojelu
näki oman tehtävänsä päättyvän nuorisopsykiatrisen hoidon käynnistämiseen tai koki nu-
orisopsykiatrisen tuen nuorelle riittäväksi. Nuoren problematiikkaan liittyvät eriävät näke-
mykset ja pyrkimykset vastuun siirtämiseen tiivistyvät usein siihen, että nuoren oireillessa
vakavasti joko itseään tai muita vaarantaen lastensuojelu katsoo nuoren tarvitsevan ensisi-
jaisesti psykiatrista osastohoitoa. Nuorisopsykiatrian näkökulmasta keskeisenä näyttäytyi
lastensuojelulaitoksen tarjoama kasvun ja kehityksen turva sekä oireilua hillitsevät tukevat
arjen struktuurit.

Nuoren ja perheen osallisuus auttamistyön määrittelyssä näyttäytyi aineistossa merkittä-
vänä tekijänä. Yleisimpiä olivat kuvaukset nuoren kielteisestä suhtautumisesta nuorisopsy-
kiatriseen hoitoon, mutta myös lastensuojelun tukitoimiin liittyvää vastustusta kuvattiin po-
tilaskertomuksissa. Myös nuoren vanhemmat näyttäytyivät aktiivisina sopivan auttajatahon
määrittelijöinä. Vanhempien vastustusta sekä nuorisopsykiatrista hoitoa että lastensuojelun

tukitoimia kohtaan kuvattiin lähes yhtä usein. Tilanteissa, joissa hoidon tarpeessa oleva nuori kieltäytyi vapaaehtoisesta hoidosta, eivätkä tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täytyneet, nuorisopsykiatria jäi keinottomaksi nuoren auttamistyössä. Samoin tilanteissa, joissa nuori ja perhe kieltäytyi lastensuojelun avohuollon tukitoimista, eivätkä tahdonvastaisen sijoituksen tai huostaanoton kriteerit täytyneet, lastensuojelun toimintamahdollisuudet jäivät olemattomiksi.

Nuoren ja perheen rooli moniammatillisen yhteistyön määrittelijänä näkyi aineistossa selkeästi, mutta moniammatillista yhteistyötä käsittelevässä tutkimuskirjallisuudessa nuoren ja perheen osallisuutta ei juurikaan huomioida. Yhteistyön teoreettiset mallit keskittyvät usein ammattilaisten välisiin suhteisiin ja organisaatioiden ominaisuuksiin (esim. D'Amour ym. 2005 ja D'Amour ym. 2008). D'Amourin ym. (2005) moniammatillisen yhteistyön meta-analyysissä on todettu vallan olevan yksi viidestä moniammatillisen yhteistyön ulottuvuudesta. Tutkijat kuvaavat vallan perustuvan eri asiantuntijoiden tietoon ja kokemukseen ja syntyvän tiimin jäsenten välisessä vuorovaikutuksessa. Tässä näkökulmassa jätetään huomiotta se valta, joka asiakkaalla on oman tilanteensa ja siinä mukana olevien auttajatahojen määrittelyssä. Hodgesin ym. (2003) viisiportaisessa yhteistyön kehittymistä kuvaavassa mallissa lapsen ja perheen osallisuus tasavertaisina yhteistyökumppaneina sen sijaan korostuu. Tutkimustulos nuorten ja perheiden vahvasta roolista auttajatahon määrittelyssä tarjoaa uuden näkökulman ajankohtaiseen keskusteluun lastensuojelun asiakkaana olevien nuorten haasteista mielenterveyspalveluiden piiriin pääsemisessä. Tämän tutkimuksen perusteella viranomaiset tunnistavat nuorten hoidontarpeen, mutta nuoret itse eivät halua hoitoa. Keskustelu kiinnittyy järjestelmätason ongelmiin (esim. Puustinen-Korhonen 2018) vaikka kysymyksessä ovat toisaalta myös yksilön omat valinnat.

D'Amourin ym. (2008) yhteistyön strukturaatiomallissa huomioidaan sekä yksilöiden välisiin suhteisiin että organisaatioiden ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä. Potilaskertomusaineisto mahdollisti lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisen yhteistyön tarkastelemisen lähinnä ammattilaisten välisiin suhteisiin liittyvällä tasolla. Auttamisvastuun siirtämiseen liittyvän resurssikeskustelun kautta tulee esiin myös organisaatioiden ominaisuuksiin liittyvä ulottuvuus. Lastensuojelun resursseja koskeva keskustelu liittyi usein lastensuojelulaitosten riittämättömiin resursseihin aggressiivisten tai itsetuhoisten nuorten huolenpidossa. Kirjauksissa ei eritelty, koskettiko resurssipula henkilökunnan riittävyyttä, osaamista, tila-

kysymyksiä, toimivaltaa vai jotain muuta tekijää. Resurssipula tuli usein esiin, kun teksteissä kuvattiin nuoren aggressiivisen käyttäytymisen vuoksi kärjistyviä tilanteita, joita nuorisokodin henkilökunta ei pystynyt rauhoittamaan. Itsetuhoisten nuorten kohdalla resurssipula näyttäytyi osaamis- ja henkilöstöresurssikysymyksenä: itsetuhoisen nuoren jatkuva valvonta ei henkilöstömitoituksen vuoksi olisi mahdollista eikä itsetuhoisen kohtaamiseen katsottu olevan riittävästi osaamista. Nuorisopsykiatrian resursseja koskeva keskustelu liittyi useimmiten osastopaikkojen saatavuuteen. Vaikka osastohoidon tarve olisi tunnistettu, vapaata osastopaikkaa ei välttämättä löydy.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian haasteet kohdata ja auttaa käytöksellä oireilevia nuoria korostuvat kaikissa vastuun siirtämisen määrittelytavoissa. Pyrkimykset siirtää vastuuta toimijalta toiselle näyttäytyvät sekä problematiikkaan perustuvana edes takaisin pallotteluna että resurssikysymyksenä. Myös nuorten itse tekemään auttamistahojen määrittelyyn ja pois sulkemiseen liittyi usein käytöksellä oireilua. Marttusen ym. (2004) mukaan käytöshäiriöiset nuoret ohjautuvat Suomessa useammin lastensuojelun avohuollon palveluihin ja lastensuojelulaitoksiin kuin nuorisopsykiatriseen hoitoon. He toteavat artikkelissaan tutkimustiedon puutteen nuorisopsykiatrisen osastohoidon vaikuttavuudesta käytöshäiriöisillä nuorilla. Marttunen ym. (2004, 43–46) kuitenkin ohjeistavat, että ensisijaisesti käytöshäiriötä tulisi hoitaa avohoidossa ja osastohoitojaksot tulisi pitää lyhyinä, akuutin tilanteen selvittelyyn ja muiden mielenterveyden häiriöiden tutkimiseen ja hoitoon keskittyvinä. Pitkäkestoiseen laitoshoidon tarpeeseen tulisi heidän näkemyksensä mukaan vastata lastensuojelulaitoksessa, ja sijaishuollon rinnalla tulisi tarvittaessa käyttää nuorisopsykiatrisen avohoidon tukea. Marttunen ja Kaltiala-Heino (2017, 671–672) tuovat esiin, etteivät käytöshäiriöstä kärsivät nuoret useinkaan ole motivoituneita yksilöterapeuttisiin hoitoihin vaikka he voisivat niistä hyötyä. He korostavat vanhempien ohjausta, ympäristön selkeitä struktuureja ja käyttäytymisterapeuttisia hoitomuotoja käytöshäiriöisten nuorten hoitamisessa. Koponen ym. (2010, 4077) korostavat, ettei nuorisopsykiatrisen osasto ole rangaistuspaikka rajoja rikkoville ja karkaileville nuorille.

Kaikkein suurimpana haasteena näyttäytyy turvaamistehtävä aggressiivisesti ja muilla tavoin vakavasti käytöksellä oireilevien nuorten kohdalla. Myös itsetuhoisuudella oireilevat ja tunnesäätelyn haasteista kärsivät nuoret päätyvät usein lastensuojelulaitoksiin. Nuorisopsykiatrian teksteissä todetaan usein, että lastensuojelulaitoksessa mahdollistuu riittävän

vahva struktuuri ja turvalliset rajat, jotka hillitsevät nuoren oireilua. Näiden nuorten toistuvat osastokierteet kertovat kuitenkin lastensuojelulaitosten kohtaamista suurista haasteista turvaamistehtävän kantamisessa. Suomalaisen sijaishuollon epäkohdista ja lasten kaltoinkohtelusta vuosina 1937–1983 tehdystä raportista (Hytönen ym. 2016, 160, 165–167) tulee esiin, ettei sijaishuollon piirissä kasvaneen lapsen kasvuympäristö ole aina ollut turvallinen. Selvityksen mukaan kaikissa sijaishuollon muodoissa on tapahtunut kaltoinkohtelua ja väkivaltaa, lasten perustarpeista on jätetty huolehtimatta eikä heidän kehitystään ja koulutustaan ole tuettu. Erityisesti koulukodeissa lasten näkemä ja kokema väkivalta on korostunut. Selvityksessä todettiin, etteivät lastensuojelulain uudistukset vuonna 1983 ja 2007 ole poistaneet kaikkia sijaishuollon ongelmia. Sijaishuollon järjestelmä on uudistunut selvityksen kattaman ajanjakson jälkeen. (emt. 170–171.). Eduskunnan oikeusasiamiehen (2018a ja b) koulukoteihin tekemistä tarkastuksista tulee kuitenkin esiin, että sijaishuollon laitoksissa edelleen toimitaan vastoin lastensuojelulakia ja loukataan lasten perus- ja ihmisoikeuksia erilaisilla nöyryyttävillä, alistavilla ja mielivaltaisilla käytännöillä. Myös eduskunnan oikeusasiamiehen lähivuosina tekemistä ratkaisusta (2013: dnro 1901/2/12 ja 1932–1945/2/12; 2015a dnro 2696/4/14; 2015b dnro 3001/4/14 ja 3851/4/14; 2018c: 185/2018) tulee esiin samankaltaisia havaintoja sijaishuollon laitosten toimintakäytännöistä. On tärkeää, että yhteiskunnallinen keskustelu aiheesta jatkuu. Palvelujärjestelmän äärimmäisimmät puuttumisen keinot eivät aina tuo riittävää apua vaikeasti oireilevalle nuorelle.

8 POHDINTA

Tarkastelin tutkielmassani lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuuksiin liittyvää viranomaisten auttamisvastuun jakamista ja siirtämistä. Tavoitteenani oli selvittää, miten nuorisopsykiatrian potilaskertomuksista koostuvassa dokumenttiaineistossa kuvataan lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden välistä moniammatillista yhteistyötä. Erityisesti olin kiinnostunut siitä, miten potilaskertomuksissa perustellaan auttamisvastuun jakamista toimijoiden kesken sekä auttamisvastuun siirtämistä toimijalta toiselle. Oman työkokemukseni kautta sekä lastensuojelun että nuorisopsykiatrian sosiaalityössä olin käytännön arjessa kohdannut organisaatioiden välisen yhteistyön haasteita ja kuullut niistä paljon ongelmakeskeistä puhetta. Olin kiinnostunut selvittämään, minkälaisia näkökulmia yhteistyöhön olisi mahdollista löytää dokumenttiaineiston kautta. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välisen yhteistyön haravoiminen valtavasta dokumenttiaineistosta osoittautui työlääksi projektiksi, mutta kaiken vaivan arvoiseksi. Dokumenttiaineiston kautta oli mahdollista tarkastella nuorisopsykiatrian työntekijöiden arjen työssä tekemiä tulkintoja yhteistyöstä. Se mahdollisti myös yhteisasiakkuudessa olevien nuorten taustatekijöiden tarkastelun. Organisaatioiden hallinnon ja johtamisen tasolla tapahtuvaa yhteistyön määrittelyä sillä ei ollut mahdollista tavoittaa. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian organisaatiot ovat hallinnollisesti ja rahoituksellisesti erillään, mikä väistämättä estää ammattilaisten välisen auttamisvastuun jakamisen kaikilla tasoilla. Sote-uudistuksessa pyritään palveluiden tiiviimpään integraatioon, mikä on moniammatillisen yhteistyön ja kokonaisvaltaisen auttamistyön kehittämisen kannalta tavoiteltavaa.

Tutkielmassa tuli esiin, että lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä on paljon yhteydenpitoa yhteisten asiakkaiden asioissa, mutta vakiintuneet yhteistyötä ohjaavat rakenteet puuttuvat. Esimerkiksi yhteydenotto lastensuojeluun ei ole automaattista nuorisopsykiatrian hoidon alkaessa vaikka nuorisopsykiatrialla olisi tieto nuoren lastensuojelukontaktista. Yhteistyö voisi tehostua, mikäli tällainen rakenteellinen jokaista nuorisopsykiatrian työntekijää yhteistyöhön ohjaava toimintakäytäntö vakiintuisi. Yhteistyö näyttäytyi tutkimuksessa harvoin konkreettisena organisaatorajat ylittävänä yhdessä työskentelynä. Tyypillisempää oli kummankin toimijan työskentely erillisillä yhdessä tai erikseen määritellyillä

vastuualueillaan. Havainto herättää kysymyksen, olisiko yksi keino yhteistyön syventämiselle ja tehostamiselle rohkeampi organisaatorajojen ylittäminen vai onko toimijoiden pyyntely ”omilla tonteillaan” perusteltua.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian työntekijät kohtaavat haasteita erityisesti vaikeasti käytöksellä oireilevien aggressiivisten nuorten auttamistyössä. Kummankin toimijan mahdollisuudet näiden nuorten auttamisessa näyttäytyivät riittämättöminä ja omien keinojen loppuessa toivotaan, että yhteistyökumppanilta löytyisi niitä lisää. Nämä nuoret näyttäytyivät tutkimuksessa potentiaalisina palvelujärjestelmän väliinputoajina. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyötä koskevassa yhteiskunnallisessa keskustelussa on tuotu esiin tarvetta sellaisille laitospalveluille, jotka sijoittuisivat lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajapinnalle. Tutkimuksen tulosten perusteella tällaisten palveluiden kehittäminen olisi perusteltua.

Yhteisasiakkuusilmioistä ja siihen liittyvästä ammattilaisten yhteistyöstä on edelleen olevassa vain vähän tutkimustietoa. Tämän pro gradu -tutkielman kautta oli mahdollista kuvata pieni palanen ilmiön luonteesta. Selkeinä jatkotutkimuksen tarpeina tulivat esiin yhteisasiakkuudessa olevien nuorten taustatekijöiden syvempi tarkastelu kvantitatiivisen analyysin keinoin sekä lastensuojelulaitoksen ja nuorisopsykiatrian osaston välisen rajapinnan perusteellisempi tarkastelu. Näkökulman laajentamiseksi olisi kiinnostavaa toistaa tutkimuksen kysymyksenasettelut myös lastensuojelun asiakasasiakirjoista koostuvalla aineistolla. Nuorten ja vanhempien osallisuus ongelmien ja auttajatahojen määrittelyssä osoittautui tutkimuksessa suureksi. Potilaskertomusaineiston kautta ei ollut mahdollista saada käsitystä syistä, jotka voivat johtaa nuoren ja vanhempien kielteiseen suhtautumiseen hoitoa kohtaan. Aihetta olisi tärkeä tutkia tarkemmin yhteisasiakkuuden kontekstissa nuorten ja vanhempien näkökulmasta käsin.

LÄHTEET:

Aer, Janne (2012): Lastensuojeluoikeus: lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun oikeudelliset perusteet. Helsinki: Sanoma Pro.

Airaksinen, Arja & Laukkanen, Eila (2006): Psykoterapeuttinen avohoito. Teoksessa Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.): Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 202–207.

Aro, Ulla-Maija (2005): Hoitoa vai turvaa? Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun paikkaa etsimässä. Tutkimus lapsen avun tarpeen tulkinnoista ja määrittelyistä lastenpsykiatriaosastolla asiakirja-aineiston valossa. Lapsi- ja nuorisosisiaalityön erikoisala. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Bardy, Marjatta (2013): Lapsuus, aikuisuus ja yhteiskunta. Teoksessa Teoksessa Bardy, Marjatta (toim.): Lastensuojelun ytimissä. 4. painos. Helsinki: THL, 49–78.

Bernard H. Russel & Ryan Gery W. (2010): Analyzing Qualitative Data. Systematic Approaches. California: SAGE.

Bronsard, Guillaume & Lançon, Christophe & Loundou, Anderson & Auquier, Pascal & Rufo, Marcel & Siméoni, Marie-Claude (2011): Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review* 33 (10), 1886–1890.

Buckingham, Sara L. & Brandt, Nicole Evangelista & Becker, Kimberly D. & Gordon, Deb & Cammack, Nicole (2016): Collaboration, Empowerment, and Advocacy: Consumer Perspectives about Treatment Engagement. *Journal of Child and Family Studies* 25 (12), 3702–3715.

Burns, Barbara J. & Phillips, Susan D. & Wagner H. Ryan & Barth, Richard P. & Kolko, David J. & Campbell, Yvonne & Landsverk, John (2004): Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43(8), 960–970.

Burns, Kenneth & Pösö, Tarja & Skivenes, Marit (2016a): Child welfare removals by the state—complex and controversial decisions. Teoksessa Burns, Kenneth & Pösö, Tarja & Skivenes, Marit (toim.): Child Welfare Removals by the State: A Cross-Country Analysis of Decision-Making Systems.

Burns, Kenneth & Pösö, Tarja & Skivenes, Marit (2016b): Removals of children by the child welfare system—variations and differences across countries. Teoksessa Burns, Kenneth & Pösö, Tarja & Skivenes, Marit (toim.): Child Welfare Removals by the State: A Cross-Country Analysis of Decision-Making Systems.

Burr, Vivien (2003): Social Constructionism. London: Routledge.

Cooper M. & Evans Y. & Pybis J. (2016): Interagency collaboration in children and young people's mental health: a systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: care, health and development* 42 (3), 325–342.

Côté, Sylvana M. & Orri, Massimiliano & Marttila, Mikko & Ristikari, Tiina (2018): Out-of-home placement in early childhood and psychiatric diagnoses and criminal convictions in young adulthood: a population-based propensity score-matched study. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2 (9), 647–653.

D'Amour, Danielle & Ferrada-Videla, Marcela & San Martín Rodríguez, Leticia & Beaulieu, Marie-Cominque (2005): The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (1), 116–131.

D'Amour, Danielle & Goulet Lise & Labadie Jean-Francois & San Martín-Rodríguez, Leticia & Pineault, Raynald (2008): A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 8 (188), 1–14.

Darlington, Yvonne & Feeney, Judith A. (2008): Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions of best practices. *Children and Youth Services Review* 30 (2), 187–198.

DeJong, Margaret (2010): Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or “in care” child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15 (4), 589–599.

Eduskunnan oikeusasiamies (2018a): Diaarinumero 356/2018 ja 846/2018. Vuorelan koulu-
lukoti.

<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/356/2018>

Luettu 26.8.2018.

Eduskunnan oikeusasiamies (2018b). Diaarinumero 1353/2018. Eduskunnan oikeusasia-
miehen tarkastus Nuorten Ystävät –palvelut Oy:n koulu- ja koulukoti Pohjolakotiin 17.-18.4.2018.

<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/1353/2018>

Luettu 26.8.2018.

Eduskunnan oikeusasiamies (2018c): Diaarinumero 185/2018. Lapsen sijaishuollon järjes-
täminen epäonnistui.

<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/185/2018>

Luettu 26.8.2018

Eduskunnan oikeusasiamies (2015a): Diaarinumero 2696/4/14. Lasta kohdeltiin epäinhimil-
llisesti sijaishuollossa.

<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/2696/2014>

Luettu 26.8.2018.

Eduskunnan oikeusasiamies (2015b): Diaarinumerot 3001/4/14 ja 3851/4/14. Rajoitustoi-
menpiteiden kohdistaminen sijaishuollossa olevaan lapseen.

<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/3001/2014>

Luettu 26.8.2018

Eduskunnan oikeusasiamies (2013): Diaarinumerot 1901/2/12 ja 1932-1945/2/12. Kunnat eivät valvoneet riittävästi lasten sijaishuollon lainmukaisuutta.

<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/1901/2012>

Luettu 26.8.2018

Edwards, Anne (2009): Relational agency in collaborations for the well-being of children and young people. *Journal of Children's Services* 4 (1), 33–43.

Edwards, Anne (2011): Building common knowledge at the boundaries between professional practices: Relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise. *International Journal of Educational Research*, 33–39.

Egelund, Tine & Lausten, Mette (2009): Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work* 14 (4), 156–165.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

Luettu 25.8.2017.

Erkolahti, Ritva (2006): Nuorisopsykiatrisen osastohoito. Teoksessa Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.): Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 208–215.

Fagerlund, Monica & Peltola Marja & Kääriäinen, Juha, Ellonen, Noora & Sariola, Heikki (2014): Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset 2013. Lapsiuhritutkimuksen tuloksia. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 110. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.

Golding Kim S. (2010): Multi-agency and specialist working to meet the mental health needs of children in care and adopted. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 15 (4), 573–587.

Hakalehto, Sivianna (2016): Lastensuojelua koskeva sääntely ja päätöksenteko. Teoksessa Hakalehto, Sivianna & Toivonen, Virve (toim.): Lapsen oikeudet lastensuojelussa. Helsinki: Kauppakamari, 33–39.

Hakkarainen, Kai & Lallimo, Jiri & Toikka, Seppo (2012): Kollektiivinen asiantuntijuus ja jaetut tietokäytännöt. *Aikuiskasvatus* 32 (4), 246–256.

Hallamaa Jaana & Lötjönen, Salla (2002): Suomalainen tiedeyhteisö ja tutkimusetiikka. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 372–383.

Hallintolaki 6.6.2003/434.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434#L2P10>

Luettu 4.10.2018.

Happonen, Eija (2006): Nuorisopsykiatrisen tutkimus. Teoksessa Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.): Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 186–191.

- Heikkilä, Matti (2002): Eettisiä ongelmia yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 165–176.
- Heino, Tarja (2007): Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Työpapereita 30. Helsinki: STAKES.
- Heino, Tarja (2013): Lastensuojelun tilastot, asiakkaat ja palvelut. Teoksessa Bardy, Marjatta (toim.): Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hesse-Biber, Sharlene Nagy & Leavy, Patricia (2011): *The Practice of Qualitative Research*. Second Edition. Los Angeles: SAGE.
- Hiitola, Johanna (2008): Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Lastensuojelun sijaishuollon kehittäminen Tampereella, Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pirkanmaalla -hanke. Työpapereita 21. Helsinki: Stakes.
- Hiitola, Johanna (2015): Hallittu vanhemmuus. Sukupuoli, luokka ja etnisyys huostaanottoasiakirjoissa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 2026. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hodges, Sharon & Hernandez Mario & Nesman, Teresa (2003): A Developmental Framework for Collaboration in Child-Serving Agencies. *Journal of Child and Family Studies* 12 (3), 291–305.
- Honkinen, Anna & Pasanen, Timo (2011): Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3), 251–263.
- Hukkanen, Raija & Sourander, Andre & Santalahti, Päivi & Bergroth, Lasse (2009): Have psychiatric problems of young children in children's homes increased? *Nordic Journal of Psychiatry* 59 (6), 481–485.
- Hytönen, Kirsi-Maria & Malinen, Antti & Salenius, Paula & Haikari, Janne & Markkola, Pirjo & Kuronen, Marjo & Koivisto, Johanna (2016): Lastensuojelun sijaishuollon epäkohdat ja lasten kaltoinkohtelu 1937–1983. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Isoherranen, Kaarina (2005): Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Isoherranen, Kaarina (2008): Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen, Raija (toim.): Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 26–48.
- Iversen, Anette Christine & Jakobsen, Reidar & Havik, Torill & Hysing, Mari & Stormark, Kjell Morten (2007): Mental Health Problems among Child Welfare Clients Living at Home. *Child Care in Practice* 13 (4), 387–399.

Jozefiak, Thomas & Kayed, Nanna Sønnichsen & Rimehaug, Tormod & Wormdal, Anne Kristine & Brubakk, Ann Mari & Wichstrøm, Lars (2016): Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry* 25 (1), 33–47.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu (2003): Alaikäisten tahdostariippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? *Selvityksiä* 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1–45.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Kaukonen, Päivi & Borg, Anne-Mari (2016): Tutkimukseen lähettäminen ja kirjaaminen. Teoksessa Kumpulainen, Kirsti & Aronen, Eeva & Ebeling, Hanna & Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Puura, Kaija & Sourander, Andre (toim.): *Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 452–459.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Lindberg, Nina (2016): Nuorisopsykiatrinen osastohoito. Teoksessa Kumpulainen, Kirsti & Aronen, Eeva & Ebeling, Hanna & Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Puura, Kaija & Sourander, Andre (toim.): *Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 673–680.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Luettu 25.8.2017.

Kestilä, Laura & Väisänen, Antti & Paananen, Reija & Heino, Tarja & Gissler, Mika (2012): Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina. Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (6), 599–620.

Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2014a): Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51 (3), 146–160.

Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2014b): Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.): *Rakenteellinen sosiaalityö*. Kuopio: UNIpress, 162–190.

Klein, Julie Thompson (2010): A taxonomy of interdisciplinarity. Teoksessa Frodeman, Robert & Klein Julie Thompson & Mitcham, Carl & Holbrook, J. Britt (toim.): *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*. Oxford: University Press, 15–31.

Komulainen, Jorma & Mäkelä Matti (2012): Taudinmäärityksen yleiset ohjeet. Teoksessa Komulainen Jorma (toim.): *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja*. Opas 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Konttinen, Esa (1997): Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.): *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos, 48–61.

Koponen, Niina & Laukkanen, Eila & Tolmunen, Tommi & Ovaskainen, Sirpa (2010): Joutuvako sijaishuoltopaikkojen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle? *Suomen Lääkärilehti* 65 (49), 4073–4078.

Kouluterveyskysely 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tutkimustuloksia>
 Luettu 11.8.2018.

Kuula, Arja (2011): Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kääriäinen, Aino (2003): Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoissa. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 1.4.2015/254.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2015/20150254>
 Luettu 20.11.2016

Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (2016). Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö.
https://stm.fi/documents/1271139/1953486/Hankesuunnitelma_Lapsi-ja+perhepalveluiden+muutosohjelma.pdf/901bb807-89df-4efc-9ef6-257064f84ac0

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L1P4>
 Luettu 20.11.2016

Lastensuojelu 2017. Tilastoraportti 17. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136409/Tr17_18_LASU.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 Luettu 6.10.2018.

Lastensuojelun Keskusliitto (2018). Lotta Laineen blogikirjoitus: Terveisiä Islannista! 17.9.2018.
<https://www.lskl.fi/verkkouutiset/terveisia-islannista/>
 Luettu 6.10.2018.

Launis, Kirsti (1994): Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Tutkimuksia 50. Helsinki: STAKES.

Launis, Kirsti (1997): Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos, 122–133.

Lehtinen, Erno & Palonen, Tuire (2007): Tiedon verkostoituminen – Haaste asiantuntijuu-delle. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos, 103–121.

Lehto-Salo, Pirkko (2011): Koulukotisijoitus – nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämishaasteena. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Leijala, Hannu & Nordling, Esa & Rauhala, Kaisu & Riihikangas, Riitta & Roukala, Anne & Soini, Annikki & Sytelä, Päivi & Yli-Krekola, Pirkko (2001): Psykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen – AKKULA-hanke. Teoksessa Inkinen, Matti (toim.): Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 138–163.

Lepistö, Joonas (2017): Nuorisopsykiatrian lähetteet yhä kasvussa – ”Yhtä asiaa saatetaan hoitaa monessa paikassa ja missään ei tule kunnolla kohdatuksi” MTV -verkkouutiset 8.2.2017.

<https://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/nuorisopsykiatrian-lahetteet-yha-kasvussa-yhta-asia-saatetaan-hoittaa-monessa-paikassa-ja-missaan-ei-tule-kunnolla-kohdatuksi/6303376#.WJxHsDrskQk.facebook>

Luettu 6.10.2018.

Leslie, Laurel K. & Hurlburt, Michael S. & Landsverk, John & Barth, Richard & Slymen, Donald J. (2004): Outpatient mental health services for children in foster care: a national perspective. *Child Abuse & Neglect* 28, 697–712.

Leslie, Laurel K. & Landsverk, John & Ezzet-Lofstrom, Roxanne & Tschann, Jeanne M. & Slymen, Donald J. & Garland, Ann F. (2000): Children in foster care: factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse & Neglect* 24, (4), 465–476.

Lämsä, Riikka (2013): Potilaskertomus - Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lännen Media (2018): Nuorten määrä psykiatrisessa sairaanhoidossa kasvaa rajusti. *Kaleva -verkkouutiset* 20.2.2018.

<https://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/lannen-media-nuorten-maara-psykiatrisessa-sairanhoidossa-kasvaa-rajusti/785500/>

Luettu 6.10.2018.

Mack, Judith & Wanderer, Sina & Keitel, Janin & Bittner, Jana & Herrmann, Elisabeth, Ehrlich, Stefan (2017): Better Together? Cooperation Between youth welfare office and child and adolescent psychiatry: A methodological approach. *Children and Youth Services Review* 79, 44–49.

Manninen, Marko (2013): Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrisen oirekuva ja ennuste. Tutkimus 112. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos.

Marttunen, Mauri & Kaltiala-Heino, Riittakerttu (2017): Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 652–687.

Marttunen, Mauri & Kataja, Helena & Henttonen, Antti & Hokkanen, Tiina & Tuominen, Tiina & Ebeling, Hanna (2004): Hyötyykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta? *Duodecim* 120 (1), 43–49.

McLean, Sara (2012): Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviors: a large qualitative study of five constituent groups. *Child and Family Social Work* 17 (4), 478–486.

Metteri, Anna (2012): Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Acta universitatis Tamperensis 1778. Tampere: Tampere University Press.

Mertala, Sirpa (2011): Yhdessä tietämisen episodeja: terveydenhuollon kompleksiset työympäristöt. Acta Universitatis Lapponiensis. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Luettu 25.8.2017.

Mäenpää, Olli (2008): Hallintolaki ja hyvän hallinnon takeet. 3. painos. Helsinki: Edita.

Mäkilä, Ville (2017): Avun tarve kasvaa. Nuorisopsykiatrian asiakasmäärä tasaisessa kasvussa Turun seudulla. Kaupunkimedia Aamuset -verkkouutiset 20.10.2017.

<https://www.aamuset.fi/uutiset/3697943/Avun+tarve+kasvaa>

Luettu 6.10.2017.

Nanninga, Marieke & Reijneveld, Sijmen A. & Knorth, Erik J. & Jansen, Danielle E. M. C. (2016): Expectations of barriers to psychosocial care: views of parents and adolescents in the community. *European child & Adolescent Psychiatry* 25 (1), 107–117.

Naylor, Michael W. & Anderson, Tanya R. & Morris, Alan (2003): Child Psychiatry and Child Welfare: A Collaboration for Change. *Residential Treatment For Children & Youth* 21 (1), 33–50.

Norman, Christina & Axelsson, Runo (2007): Co-operation as a strategy for provision of welfare services – a study of a rehabilitation project of Sweden. *European Journal of Public Health* (17) 5, 532–536.

Nuorten mielenterveystalo.

https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/vanhemmille_ammattilaisille/tietoa_ammattilaisille/erikoissairaanhoido/Pages/lahete_nuorisopsykiatriseen_erikoissairaanhoidoon.aspx

Luettu 25.8.2017.

Oruche, U. M. & Downs, S. & Holloway, E. & Draucker, C. & Aalsma, M. (2014): Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (3), 241–248.

Palinkas, Lawrence A. & Fuentes, Dahlia & Finno, Megan & Garcia, Antonio R. & Holloway Ian W. & Chamberlain, Patricia (2012): Inter-Organizational Collaboration in the Implementation of Evidence-based Practices Among Public Agencies Serving Abused and Neglected Youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 41 (1), 74–85.

Pasanen, Timo (2001): Lastenkodin asiakaskunta: psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidontarpeesta. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Pekkarinen, Elina (2016): Toivottu, kiistelty ja torjuttu. Lastensuojelun avohuolto huostaanottoasiakirjoissa. Teoksessa Enroos, Rosi & Heino, Tarja & Pösö, Tarja (toim.): Huostaanotto. Lastensuojelun vaativin tehtävä. Tampere: Vastapaino, 103–125.

Pietarinen, Juhani (2002): Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58–69.

Pohjola, Anneli (2003): Eettisyys tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Pohjola, Anneli (toim.): Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C 47. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Pohjola, Anneli (2009): Moniammatillinen asiantuntijuus. Teoksessa Virtanen, Päivi (toim.): Verkostoituva asiakastyö. Studia. Helsinki: Kirjayhtymä, 110–128.

Puustinen-Korhonen, Aila (2018): Lastensuojelun 2017 kuntakyselyn tuloksia. Tiedotustilaisuus 1.2.2018. Raportti.

https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Lastensuojelun%20kuntakyselyn%20keskeisimm%C3%A4t%20tulokset%20_raportti%2001022018_LIITE_.pdf
Luettu 28.8.2018.

Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. (2012). Toinen painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2016. Tilastoraportti 6. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136732/Tr06_18.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Luettu 6.10.2018.

Pylkkänen, Kari & Haapasalo-Pesu, Kirsi-Maria (2016): Nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmä. Teoksessa Kumpulainen, Kirsti & Aronen, Eeva & Ebeling, Hanna & Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Puura, Kaija & Sourander, Andre (toim.): Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 443–451.

Pösö, Tarja (2016): Johdanto: Mistä puhutaan, kun puhutaan huostaanotosta? Teoksessa Enroos, Rosi & Heino, Tarja & Pösö, Tarja (toim.): Huostaanotto. Lastensuojelun vaativin tehtävä. Tampere: Vastapaino, 7–30.

Pösö, Tarja & Huhtanen, Raija (2016): Removals of children in Finland. A mix of voluntary and involuntary decisions. Teoksessa Burns, Kenneth & Pösö, Tarja & Skivenes, Marit (toim.): Child Welfare Removals by the State: A Cross-Country Analysis of Decision-Making Systems.

Raitasalo, Kirsimaria & Huhtanen, Petri & Miekkala, Mari (2016): Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2015. ESPAD-tutkimusten tulokset. Raportti 19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Roine, Mira & Ilva, Minna (2010): Joka neljännessä suomalaisperheessä käytetään lasten näkökulmasta liikaa päihteitä. Teoksessa Roine, Mira & Ilva, Minna & Takala, Janne (toim.): Lapsuus päihteiden varjossa. Vanhempien päihteidenkäytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä. Raporttisarja 57. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 26–37.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (2010): Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen Matti (toim.): Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9–36.

Sarja, Anneli (2011): Jaettu asiantuntijuus vuorovaikutustyössä. Teoksessa Koivisto, Kaisa & Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.): Tutkimuskohteena hoitaminen ja hoitamaan oppiminen. Professori Sirpa Janhosen juhla kirjja. Tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 1. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu, 91–98.

Sainero, Ana & Bravo, Amaia & del Valle, Jorge F. (2014): Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 22 (1), 16–26.

Siponen, Ulla & Välimäki, Maritta, Kaivosoja, Matti & Marttunen, Mauri & Kaltiala-Heino, Riitta-Kerttu (2007): Increase in involuntary psychiatric treatment and child welfare placements in Finland 1996–2003. A nationwide register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42 (2), 146–152.

Solantaus, Tytti & Paavonen, Julia (2009): Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Duodecim* 125 (17), 1839–1844.
Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
Luettu 4.10.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016): Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut.
<https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e>
Luettu 26.8.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
Luettu 20.11.2016.

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

Taipale, Seppo (2006): Lastensuojelun antama tuki. Teoksessa Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.): Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 165–172.

Tarren-Sweeney, Michael (2008): The mental health of children in out-of-home care. *Current Opinion in Psychiatry* 21 (4), 345–349.

Terveysturvolaaki 30.12.2010/1326.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P32>
Luettu 4.10.2018.

Tiihonen, Marita (2017): Nuorten mielenterveysongelmat ennätyslukemissa. ”Kansallinen ilmiö”. Savon Sanomat -verkkouutiset 4.6.2017.
<https://www.savonsanomat.fi/kotimaa/Nuorten-mielenterveysongelmat-r%C3%A4j%C3%A4ht%C3%A4neet-k%C3%A4siin-l%C3%A4hetteiden-m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4-kaksinkertaistui/996337>
Luettu 6.10.2018.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Van den Steene, Helena & van West, Dirk & Peeraer, Griet & Glazemakers, Inge (2018): Professionals’ views on the development process of a structural collaboration between child and adolescent psychiatry and child welfare: an exploration through the lens of the life cycle model. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27 (3), 1–11.

Virokannas, Elina (2004): Normaalien rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteetin rakentumisesta. Tutkimuksia 144. Helsinki: Stakes.

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>2/2017</u>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti	
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että	

	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)	

*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä		
Tutkimusluvun alkamispäivä	Tutkimusluvun päättymispäivä	
<u>24.3.2017</u>	<u>1.3.2018</u>	
Päiväys		
<u>24.3.2017</u>		

Tutkimusluvun myöntäjä nimenseiventys		

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja	Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot
	Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvun myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämisestä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä.
	Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
Ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilun myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu kannalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hio), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotuskulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisinä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista toimintaan.
Eettinen arviointi	Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvun valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvun myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liiteaineistoa.