

KEHITYSVAMMAINEN LAPSI LASTENSUOJELUSSA
Kyselytutkimus lastensuojeluyksiköihin

Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos
Sosiaalityö
Elokuu 2010
Pro gradu –tutkielma
Susanna Leppänen

Pelkään hylätyksi tulemista

Minun unelmani on
toisten ihmisten hyvä käytös

Pelkoni on olla
toisten ihmisten hylätty.

-Sirpa Mäntylä-
(Rajala 1997, 74)

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja

filosofian laitos

Susanna Leppänen

Kehitysvammaisen lapsi lastensuojelussa

Kyselytutkimus lastensuojeluyksiköihin

Pro gradu – tutkielma,

Sivumäärä 93

Ohjaaja: professori Mikko Mäntysaari

Kyselytutkimukseni tarkoituksena on tarkastella Suomessa olevien huostaan otettujen kehitysvammaisten lasten sijoitusta kunnallisissa sekä yksityisissä lastensuojeluyksiköissä. Tutkimuksellani selvitän myös kehitysvammaisten ja FASD lasten suhteellista määrää lastensuojeluyksiköissä, sekä tarkastelen kehitysvammaisten lasten asemaa sijaishuollossa ja lastensuojelun sosiaalityössä. Tuon esille myös lastensuojeluyksiköiden ja henkilökunnan valmiutta ja ammatillisuutta kohdata kehitysvammaisia huostaan otettuja lapsia. Selvitän myös, onko tuen ja palvelujen saanti ollut riittävää, jotta kehitysvammaisen lapsen erityistarpeisiin pystytään vastaamaan.

Tutkimukseni on kvantitatiivinen. Kvantitatiivinen tutkimus on ajankohtainen silloin kun tehdään kyselytutkimusta ja käytetään tilastotiedettä. Kyselylomakkeita olen lähettänyt 500 satunnaisesti valitsemiini lastensuojeluyksikköön ympäri Suomea. Kyselyn ulkopuolelle jäi 140 lastensuojeluyksikköä. Kyselyyn vastasi 186 lastensuojeluyksikköä ja tutkimukseeni hyväksyin palautuneista lomakkeista 171 kpl. Puhelinsoittoja ja tiedusteluja kyselystäni sain 28 kpl ja 21 sähköpostikyselyä. Palautuneista lomakkeista hylkäsin 15 kpl, koska ne olivat joko täyttämättömiä tai hyvin puutteellisesti täytettyjä. Kyselyyn vastanneista lastensuojeluyksiköistä kunnallisia oli 22 kpl ja yksityisiä 145 kpl, valtion 2 kpl, säätiön 1 kpl ja järjestön 1 kpl eli yhteensä 171 lastensuojeluyksikköä.

Kyselyn tulokset osoittavat, että 171 lastensuojeluyksikköön oli sijoitettuna joulukuussa 2009 yhteensä 1527 lasta ja joista 123 lapsella oli kehitysvamma. FASD diagnoosi oli 32 lapsella ja 69 lapsella arveltiin olevan FASD. Vastanneista (N 154) 24 % arveli kehitysvammaisten lasten sijoitusten olevan lisääntymässä ja 50,6 % arvioi sijoitusten ehkä lisääntyvän tulevaisuudessa. Vastaaajista (N 149) 35,6 % arvioi FASD lasten sijoitusten lisääntyvän ja 48,3 % arvioi sijoitusten ehkä lisääntyvän. Kehitysvammaisen lapsen sijoitukseen suhtauduttiin myönteisesti, mutta samalla tutkimus osoitti, että kehitysvammaisten lasten erityistarpeet vaativat myös kokeneilta ja ammattitaitoisilta lastensuojelun osaajilta kehitysvamma-alan osaamista. Koulutuksella sekä hyvällä asenteella, kuten myös yksikön sopivuudella arveltiin olevan suuri merkitys sille, että lastensuojeluyksikkö on toimiva ja hyvä sijoituspaikka kehitysvammaiselle lapselle. Tutkimusaiheeni on herättänyt laajalti kiinnostusta. Työni tavoitteena on tuoda kehitysvammaisen lapsi näkymättömästä näkyväksi lastensuojelussa. Toivon, että tutkimukseni herättää keskustelua lastensuojelusta kehitysvammaisten lasten kanssa.

Avainsanat: Kehitysvammaisuus, lastensuojelu, sosiaalityö ja lapsen osallisuus

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. TUTKIMUSTEHTÄVÄ	7
2.1 Tutkimustehtävä	7
2.2 Aineisto	7
2.3 Menetelmät	8
3. TUTKIMUKSEN TAUSTAA	10
4. KEHITYSVAMMAISET LASTENSUOJELUSSA	15
4.1 Lastensuojelun ja kehitysvammahuollon institutionaalista historiaa	15
4.2 Kehitysvammaisuuden määrittely	23
4.3 Kehitysvammaisuus ja yhteiskunnan luokittelu	25
5. KEHITYSVAMMAINEN LAPSI JA SOSIAALITYÖ	28
5.1 Lastensuojeluasiakkuus	28
5.2 Lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle	29
5.3 Sijaishuollon muodot	30
5.4 Sosiaalityö kehitysvammaisen lapsen kanssa	32
5.5 Lisääntyvä lastensuojelutarpeen kehitys	34
5.6 Lastensuojelu pohjoismaissa	38
6. KYSELYN TULOKSET	39
6.1 Tutkimukseen osallistuneet	39
6.2 Kehitysvamma-alan ja lastensuojelun työntekijöiden yhteistyö	47
6.3 Kehitysvammaisten lasten osallisuus	52
6.4 FASD – lapset	55
6.5 Lapsen osallisuus sosiaalityössä	59

6.6 Kehitysvammaisen lapsi, ihmissuhteet ja yhteydenpito	61
6.7 Yhteydenpidon rajoittaminen	62
6.8 Tuki ja ammatillinen osaaminen	66
7. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	70
8. POHDINTA	73
9. LÄHTEET	78
LIITTEET	87

TAULUKOT

Taulukko 1. Suomen laitostyyppit vuonna 1946	20
Taulukko 2. Huostaan otettujen lasten osuus kaikista lastensuojelutapauksista vuosina 1950 – 1983	21
Taulukko 3. Suomen kehitysvammahuollon lainsäädännön kehitys, antamisvuosi, laki ja sisältö	22
Taulukko 4. Älyllinen kehitysvammaisuus	24
Taulukko 5. Lapsen elämässä ensimmäisen sijoituksen peruste vuosina 1994, 2004, 2005	35
Taulukko 6. Lasten ikäjakauma vuoden 2007 huostaanotoista	36
Taulukko 7. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret vuosina 1995 – 2008	37
Taulukko 8. Henkilökunnan ja sosiaalityöntekijän yhteydenpito	49

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden toiminnan aloitusvuosi	40
Kuvio 2. Lastensuojeluyksikön sopivuus	41
Kuvio 3. Kehitysvammaisen lapsi lastensuojeluyksikössä	42
Kuvio 4. Henkilökunnan ammattitaito ja kehitysvammaisen lapsen haasteellisuus	45
Kuvio 5. Kehitysvamma-alan ammattilaisten antama tuki	51
Kuvio 6. Lapsen tarvitsema tuki	53
Kuvio 7. FASD- lapset	55
Kuvio 8. Sijoituksen ymmärtäminen	60
Kuvio 9. Lapsen ja vanhempien yhteydenpito	62
Kuvio 10. Lastensuojeluyksikön saama tuki	68

1. JOHDANTO

Lastensuojelu on yhteiskuntapoliittista toimintaa, jonka tarkoituksena on turvata lasten terveyttä ja kehitystä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. Lastensuojelu on yksi lain määrittämistä sosiaalityön tehtävistä. Tutkimukseni tarkastelee kehitysvammaisen lapsen asemaa sijaishuollossa. Tutkimuksessani selvitän myös kehitysvammaisten lasten suhteellista osuutta lastensuojeluyksiköissä. Pyrin tuomaan esille lastensuojeluyksiköiden henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä siitä, mitä tulisi huomioida, kun ollaan sijoittamassa kehitysvammaista lasta lastensuojeluyksikköön. Kehitysvammaiset lapset hukkuvat lastensuojelutilastoissamme valtaväestöön. Tämän tutkimuksen tarkoitus on lisätä tietoisuuttamme ilmiöstä ”kehitysvammaisen lapsi lastensuojelussa”. Mitä enemmän tiedämme, sitä paremmin voimme kehittää palvelujärjestelmäämme toimivammaksi.

Nykypäivän sosiaalityössä on monenlaisia haasteita ja vaatimukset lastensuojelutyössä muuttuvat yhä haasteellisemmiksi. Lastensuojelutyön haasteet näkyvät lastensuojelussa myös lasten erityistarpeiden ja erilaisten diagnoosien viidakossa. Lastensuojelutyö vaatii henkilökunnalta laaja-alaista osaamista, jotta pystytään vastaamaan sijoitettujen lasten yksilöllisiin erityistarpeisiin. Lastensuojelussa yksi erityisosaamista vaativa osa-alue ovat kehitysvammaiset lapset ja heidän yksilölliset tarpeensa. Lähtökohtana kaikille palveluille on hyvän elämän tavoite, näin myös sosiaalityössä ja erityisesti lastensuojelussa. Hyvän elämän saavuttamiseen vaikuttavat merkittävästi myös elinympäristö, yhteiskunnan ja lähiympäristön antamat mahdollisuudet, tuen saanti ja yksilöllisyyden tukeminen arvojen ja asiantuntemuksen varassa. Hyvä elinympäristö luo edellytyksiä elää tavallista elämää mahdollisimman vähin rajoituksin ja tarjoaa tilaisuuden omaksua normaaleja käyttäytymismalleja. Kehitysvammaisen lapsi sijaishuollossa tuo haasteen mahdollistaa kehitysvammaisen lapsen tarpeet ja yksilöllisyyden toteutumisen suhteessa hänen kykyihinsä ja oikeuksiinsa.

2. TUTKIMUSTEHTÄVÄ

2.1 Tutkimustehtävä

Tutkimukseni koskee kehitysvammaisten lasten asemaa sijaishuollossa. Tarkastelen Suomessa olevien huostaan otettujen kehitysvammaisten lasten sijoitusta kunnallisissa sekä yksityisissä lastensuojeluyksiköissä. Kyselytutkimuksellani selvitän myös kehitysvammaisten ja FASD- lasten suhteellista määrää lastensuojeluyksiköissä, sekä heidän asemaa sijaishuollossa ja lastensuojelun sosiaalityössä. Tuon esille myös lastensuojeluyksiköiden ja henkilökunnan valmiutta ja ammatillisuutta kohdata kehitysvammaisia huostaan otettuja lapsia, sekä heidän näkemyksiä ja kokemuksia sijoitetuista kehitysvammaisista lapsista. Selvitän myös, onko tuen ja palvelujen saanti ollut riittävää, jotta kehitysvammaisen lapsen erityistarpeisiin pystytään vastaamaan.

Tarkastelen kehitysvammaisuutta ja lastensuojeluasiakkuutta yhteiskuntamme sosiaalisena ilmiönä arvoineen, normeineen ja moraalikäsitksineen. Lapsen kehitysvammaisuutta saatetaan pitää yhteiskunnassamme vieläkin ei-toivottuna ja kuormittavana, siksi tuon tutkimuksessani esille myös vammais- ja lastensuojelun historian kulkua.

2.2 Aineisto

Lähetin kyselyn satunnaisesti valitsemiini 500 lastensuojeluyksikköön ympäri Suomea. Kyselyn ulkopuolelle jäi 140 yksityistä lastensuojeluyksikköä. Kyselylomakkeiden lähettämisen rajaamiseen ei ollut muuta syytä kuin taloudellinen investointi. Yksityisten lastensuojeluyksiköiden yhteystiedot (576 kpl) olen saanut Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta eli THL:ltä. Yksityisten lastensuojeluyksiköiden osoitetiedot ovat vuoden 2007 THL:n tilastoista. THL:llä ei ollut kunnallisista ja valtion ylläpitämistä lastensuojeluyksiköistä muuta tietoa kuin että niitä on kovin vähän. THL:n antamien tietojen mukaan vuonna 2006 kunnallisia ja valtion ylläpitämiä perhekoteja on ollut vain 108 kpl.

Lähetin kyselyt lastensuojeluyksiköihin joulukuussa 2009. Kyselyjen viimeinen palautuspäivä oli 31.01.2010. Kunnallisten lastensuojeluyksiköiden yhteystiedot olen

saanut lääninhallituksilta. Lastensuojeluyksiköiden yhteystietoja sain Etelä-Suomesta 49 kpl, Länsi-Suomesta 10 kpl, Itä-Suomesta 8 kpl, Oulusta 4 kpl ja Lapista 3 kpl eli yhteensä 74 kunnallisesta lastensuojeluyksiköstä. Näistä tiedoista puuttuu Ahvenanmaan lastensuojeluyksiköiden lukumäärä. Ahvenanmaan maakunnan tehtävänäalue erilainen kuin muualla Suomessa, joten lastensuojelulaitosten yhteystietojen saanti osoittautui hankalaksi. Tämän vuoksi jouduin jättämään Ahvenanmaan pois tutkimuksestani, vaikka olisi ollut kiinnostavaa nähdä, mihin lapset sijoitetaan ja mikä on suomen ja ruotsinkielisten lastensuojeluyksiköiden määrää Ahvenanmaalla. Tutkimuksessani en myöskään ole tilastoinut ruotsinkielisten yksiköiden määrää, joka yhteystietojen perusteella oli vähäinen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta saamieni tietojen perusteella vuoden 2006 kunnallisten ja valtion yksiköiden määrä oli 108 kpl ja vuoden 2009 74 kpl. Tämä tarkoittaa, että kunnalliset lastensuojeluyksiköt olisivat vähentyneet 34 lastensuojeluyksiköllä. Tämä tieto ei kuitenkaan ole täysin validi, koska joidenkin lääninhallitusten lähettämässä tiedoissa oli maininta, että tietoja ei ole päivitetty vuoden 2008 jälkeen, mutta heidän arvioidensa mukaan tiedoissa ei ole kovin suuria heittoja.

Postitin kyselylomakkeita satunnaisesti valitsemini yksityisiin lastensuojeluyksiköihin yhteensä 436 kpl ja sekä kunnallisiin lastensuojeluyksiköihin 65 kpl eli yhteensä 500 kpl. Saamieni osoitetietojen perusteella Suomessa olisi joulukuussa 2009 toiminnassa yhteensä 650 lastensuojeluyksikköä. Tutkimukseni ulkopuolelle olen jättänyt kokonaan kehitysvammahuollon yksiköt, syystä että tutkimukseni koski lastensuojelullisin perustein lastensuojeluyksiköihin sijoitettuja kehitysvammaisia.

2.3 Menetelmät

Tutkimukseni on kvantitatiivinen. Kvantitatiivinen tutkimus on ajankohtainen silloin kun halutaan saada vastaus kysymyksiin ”Miten paljon?” ja ”Miksi?” (Jokivuori 2007, 23). Tilastotiede on menetelmätiede, jonka pyrkimyksenä on kehittää sellaisia menetelmiä joiden avulla voidaan tehdä päätelmiä empiirisestä eli kokemukseräisestä ilmiöstä (Metsämuuronen, 2009, 35).

Kyselyn vastaukset olen tallentanut SPSS 14.0 -ohjelmaan. Olen tehnyt SPSS 14.0 -ohjelmalla frekvenssitaulukoita ja pylväsdiagrammeja. Ketokivi (2009) mainitsee, että jokaisen tutkijan on pohdittava mittaustulostensa luotettavuutta ja sitä, miten vakuuttaa yleisönsä mittaustensa luotettavuudesta (Ketokivi 2009, 53). SPSS - ohjelmistosta käytin frekvenssitaulukko analyysia eli Analyze-Descriptive Statistics-Frequencies (Metsämuuronen 2009, 1173, Rasi ym., 39). Pylväsdiagrammit olen tehnyt SPSS-ohjelman Bar Chart Clustered valinnalla. Tämä kuvatyyppe soveltuu erityisesti luokiteltujen muuttujien kuvaamiseen (Metsämuuronen 2009, 591). Valitsemani perusmenetelmät, kuten frekvenssit perustavat paikkaansa tutkimuksessani yksinkertaisuutensa, havainnoillisuutensa ja konkreettisuutensa vuoksi (Alkula ym., 1994, 13). Kyselylomakkeessani oli myös muutama avoin kysymys, joihin lastensuojeluyksikön henkilökunta vastasi kirjallisesti. Avoimilla kysymyksillä saamistani vastauksista olen aineistooni valinnut pienen määrän vastauksia, jotka ovat tutkimuksessani tarinallisessa muodossa ja joita olen analysoinut laadullisen tutkimuksen keinoin. Laadullisella aineistolla tarkoitetaan pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmaisultaan tekstiä (Eskola & Suoranta 1998, 15).

Validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen mittarin kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen validius määritellään mittarin kyvyksi mitata sitä, mitä tutkimuksessa halutaankin mitata (Alkula ym., 1994, 89). Tutkimuksen reliabiliteetilla käsitetään tutkimuksen toistettavuutta, ja minun tutkimukseni tulokset ovat toistettavissa lähettämällä kysely uudestaan lastensuojeluyksiköihin. Metsämuuronen (2009) toteaa, että ominaista tieteelliselle tiedolle on se, että uusi tieto rakentuu aina vanhalle perustalle. Se, mitä asiasta tiedetään ennestään, toimii aina uuden tiedon lähteenä. Tulevaisuus ei kuitenkaan ole täysin ennustamaton, koska voimme kuvitella tulevaisuuden ja tiedämme, että elämässä ja yhteiskunnassa on olemassa jotain säännönmukaisuutta ja näin voimme myös kuvitella, millaista tulevaisuus voi olla. (Metsämuuronen, 2009, 283). Tutkimukseni alussa tuon laajasti esille historiaa kehitysvammahuollon ja lastensuojeluhuollon synnystä Suomessa. Minusta historialla on erittäin tärkeä merkitys, koska se lisää ymmärrystä mistä yhteiskuntamme lastensuojelun synty ja kehitys on lähtenyt, miten vammaisia ihmisiä on kohdeltu historiamme aikana ja miten yhteiskuntamme suhtautuminen on muuttunut ja mitä muutoksia edelleen pitäisi kehittää.

3. TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Vehmas (2005) toteaa, että asenteet ja yhteiskunnalliset käytännöt eri aikoina ovat puhuneet sen puolesta, että vammaisuus on saattanut kyseenalaiseksi yksilön ihmisyyden ja sosiaalisen hyväksynnän. Vaikka nykyisissä hyvinvointiyhteiskunnissa poliittinen korrektius vaatii myös vammaisten oikeuksien kunnioittamista, todellisuudessa vammaiset ovat yhä marginaalisia ihmisiä (Vehmas 2005, 5). Määttä (1981, 89) toteaa vammaisuuden olevan ihmisiä luokitteleva ominaisuus, ihminen joko havaitaan vammaiseksi tai vammattomaksi, terveeksi, normaaliksi tai tavalliseksi.

Monet filosofit olettavat, että ns. ”normaali” älyllinen suorituskkyky on hyvinvoinnin, onnellisuuden ja hyvän elämän perusedellytys. Elimellisten vammojen ajatellaan olevan ei-toivottavia asioita sekä yksilön itsensä, että muiden ihmisten näkökulmasta. Vammaiset lapset nähdään helposti taakkana heidän vanhemmilleen ja perheilleen, sekä yhteiskunnalle yleensä (Vehmas 2005, 173,182). Harjulan (1996) mukaan vammaisuus itse käsitteenä on moniulotteinen. Sen perustana on yksilön fyysinen tai psyykinen erilaisuus, mutta viime kädessä käsitteen sisältö ja sen merkitys ja kokemus määrittyvät sosiaalisesti (Harjula 1996, 11). Myös vammaisella on tarve kuulua jäsenenä sosiaalisten suhteiden verkostoon (Määttä 1981, 82).

Vammaisuutta luovat ja estävät ennen kaikkea sosiaalisesti luodut olosuhteet ja järjestelyt sekä vammaisuuden ilmiölle annettavat sosiaaliset merkitykset, joiden avulla vammaisuudesta rakennetaan erilaisia moraalisia, taloudellisia, yksilöllisiä ja sosiaalisia tulkintoja (Ladonlahti ym., 1999, 90). Olennaista tietysti on vammaisuus-käsitteen kytkeytyminen ympäröivään yhteiskuntaan. Vammaisuutta voidaan tarkastella sekä yksilön ominaisuuksien ja yhteiskunnan odotusten epäsuhtana, eli fyysisen tai psyykkisen erilaisuutensa vuoksi yksilö ei kykene täyttämään yhteisön hänelle asettamia vaatimuksia. Kun yksilöön kohdistetut vaatimukset muuttuvat, muuttuu myös vammaisuuden raja. Käytännössä vammaisuuden käsitykset riippuvat siitä, mikä on sopivaa ja toivottavaa, ja määräävät sen, kenet tulkitaan vammaiseksi. Vammaistutkimuksessa lähtökohtana on vammaisuuden ymmärtäminen sosiaalisena, poliittisena ja kulttuurisena ilmiönä, jolloin olennaista ei ole keskittyä ”korjaamaan” yksilöitä vaan yhteiskuntia, jotka eivät ota tasapuolisesti huomioon jäsentensä tarpeita (Vehmas 2005, 116). Vammaisuutta voidaan tarkastella myös erilaisuutena, mikä saattaa herättää kielteisiä reaktioita, oli kyseessä sitten millainen erilaisuus tahansa (Määttä 1982, 95).

Toisen maailmansodan jälkeen vammaisten arvostus nousi monissa maissa, joissa useat sotasankarit olivat vammautuneet taisteluissa. Suomessa sotavammaisten määräksi laskettiin vuonna 1948 yhteensä lähes 50 000. Tänä aikana jolloin myös kehitysvammaisille alettiin vähitellen järjestää päiväkerhotoimintaa. Yleisestä kansaneläkkeestä tuli toimeentulon perusta (Viitapohja 2004).

Kehitysvammaiset ovat olleet muiden ihmisten toimenpiteiden kohteina, toiset ovat mielestään tienneet, mikä heille on parasta. Kehitysvammaisiin on suhtauduttu aikojen saatossa torjuen, hyljeksien ja joskus jopa julmasti (Vehmas 2005, 12). Granfelt (1998) toteaa, että erilaisuuden yksioikoinen leimaaminen ei-toivottavaksi poikkeavuudeksi köyhdyttää lopulta kaikkien elämää – myös niiden, jotka onnistuvat täyttämään normaaliuden ideaalin (Granfelt 1998, 99). Kehitysvammaisten riippuvuus muista on usein sekä laadullisesti että määrällisesti merkittävämpää kuin ”normaalien” ihmisten riippuvuus toisistaan, varsinkin silloin jos henkilö on vaikeasti vammaainen. (Vehmas 2005, 169). Riippuvuuden laadusta tai määrästä huolimatta ihminen on olemassa vain yhteydessä toisiin ihmisiin (Taylor 1989, 36). Määttä (1981, 20) toteaa vammaisten olleen aina yhteiskunnan vähäosaisia. He ovat muodostaneet vähemmistön, jonka elintila on ollut riippuvainen yhteisön hyväntahtoisuudesta.

Nykyisin monet vammaistutkijat ja aktivistit näkevät vammaisuuden konstruktoituvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja yhteiskunnan materiaalisissa olosuhteissa. Tämän sosiaalisesti malliksi nimitetyn lähestymistavan mukaan vammaisuus on siis sosiaalisesti rakennettu eli konstruktoitu ilmiö. Jos katsomme vammaisuutta konstruktionistisella lähestymistavalla, se on sosiaalisesti luotu ilmiö, jonka merkitys vaihtelee ajan, paikan ja määrittelijöiden mukaan. Sosiaaliseen konstruktionismiin sisältyvien suuntausten yhteisenä lähtöoletuksena on, että ihmisten kielenkäyttö ei ainoastaan heijasta ja kuvaa maailmaa, vaan myös luo ja rakentaa sitä (Ladonlahti ym., 1999, 88–104). Sosiaalisen konstruktionismin taustalla on aina ajatus ihmisen tietoisuuden lisäämisestä (Hacking 2009, 19).

Voimme tarkastella kehitysvammaisuutta myös sosiaalisesta näkökulmasta. Tällöin on kysymys yksilön suorituskyvyn ja ympäristön asettamien odotusten ja vaatimusten välisestä ristiriidasta, eli henkilö, joka ei opi selviytymään yhteiskunnan asettamista vähimmäisvaatimuksista, leimataan vammaiseksi. Vaatimustaso vaihtelee eri yhteiskunnissa (Mäki 1998, 15).

Vammaispolitiikan (2006) mukaan Suomen vammaispolitiikka perustuu kolmeen keskeiseen periaatteeseen, joita ovat vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuus, osallisuus ja oikeus palveluihin (Heikkilä 2007, 102). Vuonna 1947 syntyi Suomen ensimmäinen kehitysvammaisten laitoshuollon kehittämistä selvittänyt komitea (Viitapohja 2004). Myös sosiaalipolitiikan kehitys voidaan jakaa seuraaviin kausiin: Sosiaalipolitiikan esihistoria ennen 1800-lukua, köyhäinhoito 1800-luvulta, sosiaalivakuutus 1920-luvulta, sosiaalivaltio 1900-luvun jälkipuoliskolla, hyvinvointiyhteiskunta 1980-luvulta ja laatuyhteiskunta 2000-luvulla. Varhaisissa yhteiskunnissa aina feodalismiin saakka ihmisten tarpeet tulivat tyydytetyiksi ihmisten omissa elinympäristöissä perheen, suvun ja kyläyhteisön piirissä ja ääritapauksissa kerjäläisyydellä (Tuurala 2009.)

Suomalaisessa vammaistutkimuksessa vammaisten ihmisten historiasta voi lukea Minna Harjulan (1996) väitöskirjasta ”Vaillinaisuudella vaivatut”, jossa hän tuo esille vammaisuuteen liitettyjä merkityksiä ja käsityksiä 1800-luvun lopun ja 1900-luvun ensimmäisten vuosikymmenien aikalaiskeskusteluissa. Vehmas (2005, 83) toteaa, että yhteiskuntatieteelliseen ja akateemiseen tutkimukseen vammaisuuden sosiologia (disability studies) integroitui vähitellen yhteiskunnallisen keskustelun myötä 1970-luvulla. Harjulan (1996) mukaan vammaisuutta ja vammaisuuden historiaan kohdistuvaa tutkimusta on Suomessa ollut vähän. Harjula (1996) mainitsee myös, että vasta 1980-luvulla julkaistiin ensimmäiset selkeästi vammaisuuteen keskittyneet tutkimukset, aiemmin vammaisuus nousi tutkimuksissa esille köyhyysongelman kokonaisuuden osana, ei ilmiönä sinällään. (Harjula, 1996, 13.)

Suomessa lastensuojelun tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on yleensä ollut jokin erityinen osa lastensuojelun toimenpiteistä. Lasten pakko huostaanottoa on tutkinut esimerkiksi Kaivosoja (1996), Kajava (1997), sekä Saurama (2002). Tutkimukset, joissa on tarkasteltu lastensuojelun tekemisen käytäntöjä, ovat tutkineet esimerkiksi Oranen (1997), Heino (1997), sekä Forsberg (1998). Asiakasasemaan liittyvät tutkimukset ovat tehneet Valkonen (1995), Laurila (1999), Törrönen (1999), Bardy (2001), Viitala (2001), Pasanen (2001), sekä Hukkanen (2002). Näissä tutkimuksissa on tutkittu pääasiassa asiakkaina olevien ihmisten ominaispiirteitä ja asiakkuuden kulkua. Melko vähälle huomiolle on kuitenkin jäänyt asiakkaina olevien lasten, nuorten, vanhempien ja muiden asianosaisten kokemusten ja näkemysten tutkimus, joita ovat tutkineet Laakso & Saikku (1998), Pösö (2003) sekä Heino (2003). Lastensuojelun kehittämisprojektien

arviointitutkimukset ovat tehneet esimerkiksi Nyqvist (1995), Hurtig (1999), sekä Forsberg (2000 & 2002) (Heino & Pösö 2003, 591.)

Vammaishistorian uudeksi tavoitteeksi oli 1990-luvulla nostettu pyrkimys irtautua vammakohtaisista tutkimusotteista ja tarkastella vammaisuutta yhteiskunnallisena kokonaisilmiönä. (Fagerlund, 1992). Harjula (1996, 16) mainitsee, että silloin kun tutkitaan vammaisuutta, sivutaan myös ihmisyyden rajallisuutta ja sisältöä. Pulma (1987) kuvaa kattavasti ja yksityiskohtaisesti teoksessaan Suomen lastensuojelun synnystä lapsuuden yhteiskunnallistumisesta sekä lastensuojelun kehityksestä Suomessa (Pulma 1987). Sosiaalisessa vammaistutkimuksessa emme voi kuitenkaan puhua yhdestä yhtenäisestä teoriasta tai näkökulmasta (Vehmas 2005, 89–90). Toisaalta jos ajatellaan sosiaalityöntutkimusta ja kehitystä, voidaan sosiaalisen auttamisen ja tuen muodoiksi lukea lähes kaikki tuen muodot. Esimerkiksi vaivaishoitoa ei voida pitää sosiaalityönä, mutta sen sijaan vaivahoidon aikakautena syntynyttä ideaa voidaan pitää nykyisen sosiaalityön olennaisena piirteenä. Kunnallisen sosiaalityön juuret voidaan nähdä alkaneen vaivahoidosta, jossa apu annettiin lähinnä ruoka-avustuksina. (Toikko 2005, 15–37).

Vajaakuntoisten ja vammaisten yksilöllinen legitiimi eli hyväksynnän tarve on yhtä painava ja merkityksellinen kuin muidenkin. Kulttuurisesti rikas ja avoin yhteiskunta hyväksyy ja toivottaa tervetulleiksi ihmiset ilman laatukriteerejä. (Karjalainen 2004, 40). Taylor (1995) kuvaa ihmisyyden määrittymistä itseymmärryksen kautta, jota Taylor nimittää Heideggerin jälkeisen hermeneutiikan perusteeksi. Tärkeänä hän pitää sen korostamista, että itseymmärryksessään ihmiset tarkastelevat itseään ns. vahvan arvottamisen kautta, toisaalta myös ihmisen persoonan tai minuuden määrittymistä arvoerottelujen tai tekemisen kautta. Hän huomauttaa, että arvot eivät suurelta osalta ole harkittuja ja valittuja vaan kulttuurin tuottamia, eivätkä ne ole mitään ihmisen satunnaisia piirteitä vaan niitä olennaisia tekijöitä, jotka luovat ihmiskuvan (Taylor 1995, 14).

Kaukola (2000) toteaa, että nykyisin kehitysvammaisilla on paremmat mahdollisuudet tasa-arvoiseen elämään kuin koskaan aikaisemmin. Samat ihmisoikeudet ja tasavertaisuus tarkoittavat kehitysvammaisen nuoren elämistä normaaliyhteisöissä. Kehitysvammaisella nuorella on myös valinnanmahdollisuuksia opiskelun, vapaa-ajan ja yksilöllisen tuen

saamisessa. (Kaukola 2000, 28–29.) Lastensuojelun tilastot puolestaan puhuvat Suomessa huostaanottojen lisääntymisestä sekä lasten lisääntyvästä pahoinvoinnista.

Suomessa viime vuosikymmenten trendejä ovat olleet laitoshuollon hajauttaminen, normalisaatio, mahdollisimman vähän rajoittava elinympäristö, yhteiskunnallinen integraatio, inkluusiotavoitteen mukainen yhteinen koulu kaikille, tuettu ja integroitu työ, palvelurakennemuutos sekä yksilöllinen palvelusuunnitelma ja sen mukaiset sosiaaliset tukitoimet. (Kaski 2009, 349). Suomessa alkoi 1960-luvulla prosessi, jota voidaan nimittää poikkeavuuden normaalistumiseksi. Sekä tieteelliset että poliittiset kehityskulut johtivat erilaisten poikkeavuuksien tulemiseen mukaan erilaisten niin sanottujen normaali-instituutioiden elämään. Näiden niin sanottujen poikkeavien ihmisten elämä organisoitiin uudelleen, mikä näkyy ehkä selkeimmin lastensuojelun läheisellä sektorilla, tavassa, jolla vajaamielisyys-käsite alkaa hajota ja eriytyä erilaisiksi vammaisuuksiksi, jotka taas puolestaan muuttuvat argumentatiivisesti myös poliittisten ja sosiaalisten oikeuksien perustaksi. Kehitysvammaisuus erotetaan lopullisesti mielisairaudesta, vaikka vammaisten sijoittaminen mielisairaaloihin on jatkunut aina 1970-luvulle saakka (Puonti 2004, 17). Nykyisin kehitysvammaisten tulevaisuutta pohditaan positiivisen erityiskohtelun näkökulmasta, eli kehitysvammaisella on oikeus saada palveluja hänen ongelmansa tuntevilta kehitysvamma-alan osaajilta (Kaski 2009, 349).

Kasken (2009) mukaan kehitysvammaisuuden prelevanssi väestössä alenee hyvin hitaasti. Tehostuneen terveydenhuollon ja kuntoutuksen ansiosta myös vammaisten eliniän ennuste lähenee koko väestön eliniän ennustetta. Kehitysvammaisen tarvitsema terveyden- sekä sosiaalisen tuen merkitys kasvaa ja on tärkeää tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden saavuttamiseksi. Kaski (2009) tuo myös esille sen, että lähivuosina henkilöstöpula muuttuu uhkakuvasta todellisuudeksi, joten sekä kehitysvammahuollon kokeneiden erityistyöntekijöiden että erikoislääkäreiden saatavuus muodostuu alkavan sukupolvenvaihdoksen aikana ongelmaksi. Alun perin liian niukan henkilöstömitoituksen takia luonnollinen uusiutuminen ei ole ollut mahdollista (Kaski 2009, 352–361.)

4. KEHITYSVAMMAISET LASTENSUOJELUSSA

4.1 Lastensuojelun ja kehitysvammahuollon institutionaalista historiaa

Vanhassa maatalousvaltaisessa sääty-yhteiskunnassa lapsuuden maailmaa leimasi elämän yhteisöllisyys ja isäntävaltaisuus. Lasten toimeentulosta ja kasvatuksesta piti huolta maatilalla muodostama patriarkaalinen yhteisö, jossa isän ja isännän auktoriteetti oli ehdoton niin vaimoon, lapsiin kuin palkollisiin nähden. Patriarkalaisuus joka oli koko yhteiskunnan läpäisevä periaate, toteutui myös säätyrakenteen hierarkiassa (Pulma 1987, 12). Lastenhuollon yhdistäminen talonpoikaistalouteen vahvasti vallitsevaa patriarkaalista huolenpito- ja sosiaalijärjestelmää aina 1700-luvun puoliväliin saakka, jolloin myös lastenhuolto oli kytketty tiukasti työvoimapolitiikkaan (Pulma, 1987, 15). Myös 1800-luvun yhteiskunnallisista muutoksista seurasi merkittävä käänne vammaisten ihmisten elämässä (Vehmas 2005, 53).

Patriarkaalisen huolenpidon ja kasvatuksen epäonnistuminen näkyi valtakuntien pääkaupungeissa, joihin nousivat sotilaiden, palvelusväen, työläisten ja muun kaupunkiköyhälistön slummialueet. Suomessa 1700- ja 1800-luvut olivat väestönkasvun ja työvoimapolitiikan aikaa. 1700-lukua on Suomessa pidetty vaurauden kasvun aikana. Toisaalta tämä peittää sen, että tämä myös merkitsi köyhien ja tilattoman väestön kasvua, joita olivat vaivaiset, kerjäläiset ja turvattomat lapset. Lastenhuoltoon tarvittavia voimavaroja lisättiin, ja vuonna 1763 valmistui hospitaali- ja lastenkotiasetus, joka korvasi aikaisemmat köyhäinhoitosäädökset. Tämä asetus korosti lastenhuollon järjestämistä ja tärkeyttä. Vuonna 1763 annettu ja 3,5 vuotta myöhemmin uudistettu hospitaali- ja lastenkotiasetus oli ensimmäinen ”lastensuojelulaki” (Pulma 1987, 16–23.)

Suomessa on perustettu ensimmäiset vammaisten puolesta toimivat järjestöt 1800-luvun lopulla. Silloin vammaisuuteen alettiin kiinnittää selvästi aikaisempaa enemmän huomiota lainsäädännössä ja myös tilastojen avulla pyrittiin saamaan kokonaiskuva vammaisuuden esiintymisestä väestön keskuudessa (Harjula 1996, 18). Länsimaisen yhteiskunnan sosiaalinen järjestys, rakenne ja myös vammaisten ihmisten sosiaalinen asema muuttuivat jyrkästi 1800-luvulla. (Vehmas 2003, 53).

Kaupunki- ja maalaisköyhälistön lisääntyminen ja köyhälistöperheiden vaikeudet huolehtia lastensa toimeentulosta ja kasvatuksesta ovat lastensuojelun historian

lähtökohta. Lastensuojeluhistoria on yhteiskunnallistumisen historiaa (Pulma 1987, 13). Lapsiin kohdistuvalla moraalireformilla yhdessä yhteiskunnallisten päätösten kanssa pyrittiin lapsityövoiman rajoittamiseen. Sen rajoittaminen konkretisoitui vuosien 1868 ja 1879 elinkeinolaissa sekä 1890 teollisuustyöväestön suojelulaissa. Moraalireformin ajatuksena oli, että kohtelemalla lapsia paremmin voitiin kasvattaa tulevia kansalaisia, joilla oli vankempi moraalinen perusta ja siveellinen käytös. Turvattomien lasten kasvatusyhdistys perustettiin v. 1870 hoitamaan valtakunnallista lastensuojelullista tehtävää. Lastenhuollon ongelman ratkaiseminen lastensuojelulaitosten avulla oli 1800-luvun lopun päälinja (Pulma 1987, 96–97).

Suomessa teollistumisen aiheuttaman työn uudelleen organisoinnin ja siitä seuranneen vammaisten ihmisten sosiaalisen arvonalennuksen kautta vammaisuudesta tuli myös yhteiskunnallinen kysymys, kun se aiemmin oli ollut yksityinen, perhepiirissä hoidettava asia. Vaikka teollistumisen jälkeenkin suurin osa vammaisista lapsista kasvoi perheissä, vammaisuudesta tuli muuttuneen ideologisen ilmapiirin vuoksi häpeällinen ja leimaava asia. Tästä seurasi, että perheet eivät katsoneet enää velvollisuudekseen elättää vammaisia omaisiaan, vaan hylkäsivät heidät laitoksiin tai kadulle. Perheiden muuttunut elämäntilanne, sekä työn siirtyminen kodin ulkopuolelle teki vammaisista taakkoja heidän perheilleen. Lisäksi monen perheen koostumus muuttui useamman sukupolven yksiköstä ydinperheeksi. Tällaisissa tilanteissa laitokset olivat helpotus perheille, joilla ei ollut voimavaroja tai aikaa selvittää vammaisten lasten kasvattamisesta ja sosiaalistamisesta työnteon ohessa. 1800-luvulla perustettiin tiuhaan tahtiin muusta yhteisöstä erillään olleita laitoksia, joissa vammaisista yritettiin tehdä yhteiskuntakelpoisia. Nämä laitokset saattoivat olla sairaaloita, laitospouluja tai vankiloita (Vehmas 2005, 56.) Pösö (1993) kuvaa väitöskirjassaan laitoshoidon olleen alun alkujaan ratkaisu pahantapaisuuden hoitoon (Pösö 1993, 66).

Suomen lastensuojeluinstituution synty 1800-luvun lopulla, rahatalouteen siirtyminen, teollistuminen sekä kaupungistuminen aiheuttivat uudenlaisia sosiaalisia ongelmia, jotka näkyivät lasten kasvatukseen liittyvinä yhteiskunnallisina kysymyksinä. Silloin myös asenteet irtolaisia kohtaan tiukentuivat ja jokaisen yhteiskunnan jäsenen katsottiin olevan velvoitettu edistämään yleistä hyvää hyödyllisellä työnteolla ja irtolaiseksi katsottu henkilö saattoi joutua jopa vankeuteen (Nygård 1998, 32–38.)

Kehitysvammaisten hoito ja muu huolenpito on Suomessa ollut sosiaalihuollon osa. Sen perustana olleen lainsäädännön kehitys keisari Nikolai I:sen vuonna 1852 antamasta ”waiwaisholhousasetuksesta” nykyiseen kehitysvammalakiin on ollut pitkä ja monimutkainen. Pääasiallisia hoitopaikkoja Suomessa olivat aluksi kunnalliskodit, mutta myös mielisairaalat saivat tyydyttää osan huutavinta laitoshuollon tarvetta (Kaski 2009, 291.)

Vammaisuus oli 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun suomalaisessa yhteiskunnassa marginaalinen ongelma. Tuolloin myös yhteiskunnan eri tahoilla, kirkolla, koulu- ja oikeuslaitoksella, sairaan- ja köyhäinhoidolla sekä lastensuojelulla, oli kullakin omat liittymäkohtansa ja intressinsä suhteessa vammaiskysymykseen (Pulma 1987.)

Vuonna 1880 tuli Suomessa voimaan keisarillinen asetus, joka määräsi kunnat huolehtimaan köyhien ja kroonisesti mielisairaiden hoidosta perustamalla köyhäntalojen yhteyteen erillisiä osastoja mielisairaille. Näin syntyivät kunnalliskodit, joissa hoitoa saivat vanhusten, köyhien ja mielisairaiden lisäksi tylsämieliset vielä 1900-luvun puolivälin jälkeenkin (Viitapohja 2004). Lastenkotien toiminnassa nähtiin kuitenkin suuria puutteita, ja laiminlyödyt lapset tulivat edelleen laitoksissakin laiminlyödyiksi. Hämeen Lammille perustettiin Weikkolan lastenkoti 35 pojalle. Toiminnasta vastasi kanttori Siljander, joka löi laimin sekä lapset että laitoksen (Pulma 1987, 96–98). Toikko (2005) mainitsee että tuohon aikaan kansalaisliikkeiden toiminta kohdistui enimmäkseen yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Lastenhuollon siirtyminen valtion ohjaukseen 1900-luvun alussa edesauttoi lastensuojelukysymysten ratkaisua (Toikko 2005, 68). Vuonna 1927 Suomessa myös yksityiset tylsämielislaitokset pääsivät valtionavun piiriin ja perustettiin myös joukko yksityisiä vajaamielislaitoksia. Ensimmäinen kunnallinen laitos oli Seinäjoen piirisairaalan tylsämielishoitola, jonka ensimmäinen vaihe otettiin käyttöön vuonna 1929 (Pulma 1987, 186).

Varsinaista lastensuojelulakia saatiin odottaa kuitenkin 1936 saakka (Toikko 2005, 68). Uusi lastensuojelulaki vuonna 1936 loi menettelysädökset ja edellytykset lasten huostaanotolle, mikä merkitsi sitä, että vanhempien valta voitiin tietyissä tilanteissa siirtää yhteiskunnalle (Pulma 1987).

Suomen ensimmäinen kehitysvammalaitos perustettiin vuonna 1890 Hämeenlinnan seudulle, joka oli nimeltään Perttulan tylsämielisten kasvatuslaitos (Kaski 2009, 291).

Tässä Perttulan tylsämielislaitoksessa aloitettiin vuonna 1912 kehitysvammaisten laitossterilisointi. Sterilisoiminen lopetettiin vuonna 1922, kun lääkintöhallitus huomautti Perttulan lääkärille, että vallitsevan lain mukaan sterilisoimista voidaan pitää laittomana ja rangaistavana tekona. Kehitysvammaisia koskenut pakkosterilisointilaki 227/1935 säädettiin Suomessa kuitenkin vasta vuonna 1935. Sterilointikysymystä, kuten muutakin vammaispolitiikkaa, on tärkeä tarkastella suhteessa silloisiin olosuhteisiin ja sen ajan yhteiskunnan muuhun kehitykseen. Suomessa yksilö ymmärrettiin yhteisön osaksi, ja perheen tehtävänä oli kasvattaa moraalisia ja vastuullisia kansalaisia. Yksilön velvollisuutena oli toimia kansakunnan edun hyväksi eikä niinkään ajaa omia etujaan. Rodun degeneraatio koettiin vakavana uhkana nuorelle kansakunnalle, ja sterilointilain tavoitteena oli yhteiskunnan suojeleminen (Harjula 1996, 157.)

Vammaishuolto, rotuhygieniat ja sterilointikeskustelut Suomessa tulivat muun maailman kanssa samaan aikaan, ja vaikutteita saatiin myös esimerkiksi Saksasta, Ruotsista, ja Yhdysvalloista. Ruotsissa perustettiin vuonna 1921 Statens Institut för Rasbiologi (valtion rotubiologian laitos), jonka tutkimuksia myös suomalainen Folkhäsan avusti. Ruotsi toteutti 40 vuodessa 62 000 vammaiselle ja pitkäaikaisairaille pakkosterilisoinnin. USA:ssa pakkosteriloiteja toteutettiin vuosina 1907 - 1963 noin 64 000 ihmiselle, Natsi-Saksassa niitä kertyi 10 vuodessa 450.000, natsijohtaja Adolf Hitler (1889 - 1945) oli esittänyt julkisesti tavoitteen toivottomasti sairaiden eliminoinnista vuonna 1935. Saksassa alkoi kehitysvammaisten joukkomittainen tuhoaminen vuonna 1939. Eglfing-Haarin sairaalassa vaikeavammaisia lapsia tapettiin nälkään, monessa muussa paikassa käytettiin kehon kuivumiseen johtavaa lämpöä. Eglfing-Haarin sairaalan johtaja, natsilääkäri Hermann Pfannmüller perusti pitkin maata aikuisille kehitysvammaisille nälkätaloja nimeltään "Hungerhäuser". Saksassa murhattiin vuosina 1939 - 1945 kaikkiaan 200 000 - 250 000 vammaista henkilöä ja osa heistä kaasukammioissa (Viitapohja 2004.)

Suomessa vuosisadan vaihteessa sekä vammaisten lasten kouluttaminen että vammojen parantaminen lääketieteen avulla nähtiin keinona palauttaa vammaiset yhteiskunnan hyödyllisiksi jäseniksi. Vuoden 1921 oppivelvollisuuslain myötä kuurojen- ja sokeainkoulutuksen asema vakiintui, tarve kasvatusopillisen ajattelun ja opetuksen tärkeyden korostamiseen väheni ja keskustelu laantui (Harjula 1996, 197.)

Erityisopetus lähti Suomessa kuin muuallakin liikkeelle erillisissä laitoksissa. 1900-luvun alkupuolella oli vallalla käsitys, että ”poikkeaviksi” luokiteltujen yksilöiden paikka on laitoksissa ja vammaisten lasten ajateltiin häiritsevän muiden lasten oppimista. Erityisopetus kohdistui aluksi vammaisiin, joilla oli selkeitä elimellisiä vammoja, kuten kuuroihin, sokeisiin ja raajarikkoiisiin. Vähitellen tultiin kuitenkin vakuuttuneeksi siitä, ettei vain näkyvästi vammaisia lapsia kuulu kouluttaa erillään muista. Näin erityisopetuksen piiriin haluttiin tuoda kaikki erilaiset oppilaat, joiden ajateltiin hyötyvän erityisopetuksesta, eli ”heikkokykuiset ja pahantapaiset” lapset. Tämän ajattelun tueksi tulivat lääketiede ja psykologia. Tieteellisen tiedon tuella ja sen suoman oikeutuksen turvin erityisopetus kasvoi 1900-luvulla räjähdysmäisesti (Vehmas 2005, 63.)

Suomessa lastenkotien perustaminen oli vilkasta sotien välisenä aikana, jolloin myös sota-ajan lastenhuolto-ongelmia ratkottiin vastaanottokoteja ja muita lastenkoteja perustamalla. Lastensuojelun avohuoltoa kehitettiin innokkaasti 1970-luvulla, avohuoltoa haluttiin sijoitus- ja etenkin laitoshoidon vaihtoehdoksi. Perhe tai laitossijoitus oli pitkään ensimmäinen lastensuojelutoimenpide. Perhe- ja laitossijoitusten välinen ero oli suuri, ja niiden välimuodoksi perustettiin 1950-luvulla englantilaisten esikuvien mukaan sovellettuja perheryhmäkoteja. Lastenhuoltokomitean mukaan Suomessa oli vuoden 1946 lopulla 207 lastenkotia (Pulma 1987, 220–222.)

Taulukko 1. Suomen laitostyypit vuonna 1946

(Pulma 1987).

Laitostyyppi	Kunnallisia	Yksityisiä
Tavallisia lastenkoteja	85	61
Pienten lasten (vastaanotto)koteja	7	15
Muita vastaanottokoteja	9	6
Äiti-lapsikoteja	-	7
Raajarikkoisten koteja	-	1
Henkisesti jälkeenjääneiden koteja	2	2
Turvakoteja	-	2
Ammattioppilaitoskoteja	1	3
Muita erityislastenkoteja	-	6
Yhteensä	104	103

Vuonna 1946 lastenkodeissa oli 7 416 lasta, noin 40 % huostaan otetuista lapsista. Näiden lisäksi oli kunnalliskoteihin sijoitettu 265 alle 2-vuotiasta lasta sekä 335 2 – 16-vuoden ikäisiä lapsia. 1940-luvun lastenkodit olivat vanhoja ja suuria, ja lähes puolet laitoksista oli perustettu ennen vuotta 1920. Myös erityislastenkotien määrä yleistyi ja laitosten koko alkoi pienentyä valtionapusäännösten voimaantumisen jälkeen. Lastenkotien toimintaan ja lapsiin kiinnitettiin paljon huomioita 1950-luvulla. ”Kaikenlaisista poikkeavuuksista oltiin kiinnostuneita”, myös lapsipsykologia ja psykiatria kehittyivät ja tuottivat teorioita, joiden testaamisessa otettiin avuksi lastenkotilapset. Lastenkodeissa olevista lapsista tehtiin 1950-luvulla säännöllisiä tutkimuksia ja tutkimustuloksista tehtiin selvät johtopäätökset. Lapset määriteltiin enemmän tai vähemmän ongelmallisiksi, poikkeaviksi, häiriintyneiksi tai heikkolahjaisiksi.

Vajaamielislain tultua voimaan 1958 selvästi vajaamieliset pyrittiin siirtämään erityislaitoksiin, mutta silti lastenkodeissa olevien lasten hoito asetti kovempia vaatimuksia kuin mihin hoitohenkilökunnalla oli valmiuksia. Suomessa lastenkotien perustaminen oli vilkasta sotien välisenä aikana ja myös sota-ajan lastenhuolto-ongelmia ratkottiin vastaanottokoteja ja muita lastenkoteja perustamalla. Korkeatasoista

lastenkotiverkostoa pidettiin lastensuojelun kehityksen kulmakivenä ja sodan jälkeen asetettiin lastenkotien toimintaa kehittämään lastenkotikomitea. Komitean huolenaiheena oli erityislaitosten puute sekä se, että lastenkoteja oli pääasiassa vain Etelä-Suomessa ja asutuskeskuksissa (Pulma 1987, 221–223.)

Taulukko 2.

Huostaan otettujen lasten osuus kaikista lastensuojelutapauksista vuodesta 1950 – 1983 (Pulma 1987, 219).

Vuosi	Lastensuojelun piiriin joutuneita lapsia yht.	Huostaan otettuja lapsia	%
1950	15 355	15 355	100
1955	18 619	16 285	87
1960	19 900	16 157	81
1965	21 193	15 127	71
1970	18 577	12 327	66
1975	18 992	10 585	56
1980	21 205	8 276	39
1983	21 294	8 537	40

Suomessa huostaanotot vähentyivät tasaisesti 1980-luvulle saakka. 1970-luvulla avohuoltoon kiinnitettiin suuria toiveita, ja ilmeisesti myös tahdonvastaisten toimenpiteiden kova arvostelu 1960-luvulla osaltaan lisäsi huostaanottoarkkuutta. (Pulma 1987, 219). Lastensuojelun piiriin joutuneiden lasten määrä on kuitenkin kasvanut tasaisesti vuoden 1980-luvun puolivälin jälkeen.

Vuonna 1984 voimaan tullut lastensuojelulaki muutti lastensuojelun käsitteistöä, toimenpiteitä ja niihin ryhtymisen perusteita. Tuolloin keskeisintä oli luoda systeemi, jonka avulla voidaan seurata lain toteutumista. Lastensuojelulaitoksista ei koota lainkaan yhtenäistä tiedostoa. Vain järjestöjen ja yksityisten ylläpitämien laitosten ja perhekotien tiedot sisältyvät rekisteriin yksityisistä palveluntuottajista. Lastensuojelun kehityksen tarkastelu tilastojen pohjalta on ongelmallista. Lastensuojelun tilastosarja katkesi

vuosiksi 1984 – 1990, jolloin lastensuojelutilastoa ei julkaistu (Heino & Pösö 2003, 585.)

Seuraavassa taulukossa (3) näemme Kasken (2009, 292) esittämän yhdeksänkohtaisen vaiheittaisen kehityksen kehitysvammahuollon lainsäädännölle.

Taulukko 3.

Suomen kehitysvammahuollon lainsäädännön kehitys

(antamisvuosi, laki ja sisältö)

-
1. Vuonna 1852 Keisarillisen Majesteetin Armollinen asetus Yhteisestä waivaisholhouksesta Suomen Isoruhtinaan maassa. Tämä oli Suomen ensimmäinen sosiaalihuoltolaki.
 2. Vuonna 1879 Vaivahoitoasetus, huoltoapu ”köyhäinkassat”.
 3. Vuonna 1922 Köyhäinhoitolaki joka määräsi kunnille kunnalliskotien rakentamisvelvollisuuden.
 4. Vuonna 1927 Laki tylsämielisten hoitoa ja kasvatusta varten toimivien kunnallisten ja yksityisten laitosten valtionavustusta. Taattiin valtion osuus laitoksen perustamiskustannuksiin ja opettajien palkkaamiseen ja tarkemmin määrättyihin menoihin.
 5. Vuonna 1936 Lastensuojelulaki. Turvattomien vammaisten ja vajaakkyisten lasten huolto tuli kunnan tehtäväksi.
 6. Vuonna 1946 Invalidihuoltolaki. Valtion ja kunnan sosiaalilautakunnan tehtäväksi tuli järjestää toimintakykyisyyttä lisäävät palvelut henkilölle, jolla on ruumiinvamman tai tarkemmin määritelty jatkuva sairaus.
 7. Vuonna 1956 Huoltoapulaki. Kunnan tuli järjestää puutteeseen joutuneen elatus ja hoito, muun muassa tarvittavat terveydenhuoltopalvelut, vamman vuoksi tarpeelliset apuvälineet ja tarvittava erikoishoito; huoltoavun muotoja olivat kotiavustus, hoito yksityiskodissa ja laitoshoido.

8. Vuonna 1958 Vajaamielislaki. Kuntien velvollisuudeksi tuli järjestää vajaamielisten asukkaiden hoito. Määrättiin määräsuuruinen valtionosuus hyväksytyihin avustuksiin lähinnä laitoshuoltoon ja päivätoimintaan.
 9. Vuonna 1977 Kehitysvammalaki. Kehitysvammahuolto tuli kunnalliseksi tehtäväksi: periaatteina olivat erityishuoltopalveluiden toissijaisuus, erityishuollon järjestäminen piireittäin, säädökset yksilöllisestä erityishuolto-ohjelmasta, laajat mahdollisuudet toiminnan ja palveluiden kehitykselle.
-

Monet kehitysvammaiset tarvitsevat yhteiskunnan tukitoimia (Kaski 2009, 293). Suomessa kehitysvammaliitto perustettiin vuonna 1952 Vajaamielislaitosten Keskusliiton nimellä. Uusi nimi otettiin käyttöön vuonna 1965. Vuonna 1956 perustettiin Ankinkartanon hoivakoti, jonka toiminta käynnistyi Ulvilan vanhassa kunnalliskodissa. Ankinkartanossa toimii nykyisin sekä Satakunnan erityishuoltopiirin palvelukodit että kehitysvammatyön museo. Vuonna 1957 perustettiin Suomen ensimmäiset kehitysvammaisten tukiyhdistykset, porilainen Hoivatuki ja helsinkiläinen Vajaamielistuki 57, joka on nykyisin Helsingin Kehitysvammatuki 57. Vuonna 1958 säädetty vajaamielislaki loi Suomeen laajamittaisen keskuslaitosjärjestelmän erikoissairaanhoidon mallin mukaisesti. Jokaisessa läänissä piti olla noin 300 – 600-paikkainen keskuslaitos ja ruotsinkielisillä omansa. Lisäksi jokaisen kunnan piti ylläpitämä vajaamielisrekisteriä. Kehitysvammaisia arvioitiin olevan kaiken kaikkiaan silloin 20 000 henkilöä. (Viitapohja 2004.) Vajaamielislain tultua voimaan 1958 selvästi vajaamieliset pyrittiin siirtämään erityislaitoksiin, mutta silti lastenkodeissa olevien lasten hoito asetti kovempia vaatimuksia kuin mihin hoitohenkilökunnalla oli valmiuksia (Pulma 1987, 222–223). Määttä (1981, 20) toteaa vammaisten olleen aina yhteiskunnan vähäosaisia. He ovat muodostaneet vähemmistön, jonka elintila on ollut riippuvainen yhteisön hyväntahtoisuudesta.

4.2 Kehitysvammaisuuden määrittely

Kehitysvammaisuutta aiheuttaa synnynnäinen tai kasvuiässä saatu vamma tai sairaus. Kehitysvamma ilmenee sekä henkisen kehityksen viivästymisenä että kehityshäiriönä. Kehitysvammaisuus ilmenee ennen 18 vuoden ikää. Kehitysvammaiseksi määritellään ihminen jonka, älykkyydosamäärä (ÄO) on alle 70 (Kaski ym., 1998, 18). The American

Association for the Study of the Feeble-minded otti käyttöön jo vuonna 1910 älykkyydosamäärän mukaisen kehitysvammaisuuden luokituksen (Viitapohja 2004.)

Kehitysvamma voi johtua myös syntymää edeltävistä syistä, synnytyksen yhteydessä sattuneista vaurioista tai lapsuusiän sairauksista ja tapaturmista, osa syistä jää kokonaan selvittämättä (Henttonen 2009). Kasken (2009) mukaan maassamme arvioidaan epidemiologisten tutkimusten perusteella älyllistä kehitysvammaisuutta esiintyvän yli 50 000 henkilöllä eli noin 1 %:lla koko väestöstä (Kaski ym., 2009, 22).

Maailman terveystjärjestön (WHO) tautiluokituksen ICD-10:n (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) mukaan älyllisellä kehitysvammaisuudella tarkoitetaan tilaa, jossa henkisen suorituskyvyn kehitys on estynyt tai epätäydellinen. Puutteellisesti kehittyneitä ovat erityisesti kehitysiässä ilmaantuvat taidot eli yleiseen henkiseen suorituskykyyn vaikuttavat kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset taidot. Älyllinen kehitysvammaisuus voi esiintyä joko yksinään tai yhdessä minkä tahansa fyysisen tai psyykkisen tilan kanssa. Kehitysvammaisuuden aste ICD-10 numeroilla on F70 - F78 (Kaski ym., 2009, 16.)

Taulukko 4. Älyllinen kehitysvammaisuus

Retardatio Mentalis, Maailman terveystjärjestön mukaan (Kaski ym., 2009).

Älyllisen kehitysvammaisuuden aste	ÄÖ	Älykkyytikä	ICD-10
Lievä (retardatio mentalis levis)	50-69	9-11	F70
Keskivaikea (retardatio mentalis moderata)	35-49	6-8	F71
Vaikea (retardatio mentalis gravis)	20-34	3-5	F72
Syvä (retardatio mentalis profunda)	alle 20	0-2	F73
Määrittelemätön (retardatio mentalis non specificata)	-	-	F78

Älylliseen kehitysvammaisuuteen voivat liittyä myös muut kehityshäiriöt (developmental disorders), lisävammat ja sairaudet, kuten aisti-, puhe- ja liikuntavammat, epilepsia,

autismi, mielenterveyden häiriöt ja haastava käyttäytyminen (Kaski ym., 2009, 18–19). Kehitysvammaisuutta voidaan tarkastella myös sosiaalisesta näkökulmasta. Tällöin kysymys on yksilön suorituskyvyn ja ympäristön asettamien odotusten ja vaatimusten välisestä ristiriidasta. Vammainen ihminen joka ei opi selviytymään yhteiskunnan asettamista vähimmäisvaatimuksista leimataan vammaiseksi (Mäki 1998, 15).

Kehitysvammaisella on olennaisia vaikeuksia oppimisessa ja ymmärtämisessä, jonka vuoksi hänen päivittäinen toimintakyky on rajoittunut (Kaski ym.1998, 18). Suomessa voimassa olevan kehitysvammalain mukaan erityshuollon palveluihin on oikeutettu henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja. Vamma tarkoittaa sellaista fyysistä tai psyykkistä vajavuutta, joka rajoittaa pysyvästi yksilön suorituskkyä (Kaski ym., 2009, 16). Kaski (2009, 19) toteaa että, vammaisuudesta käytetystä käsitteestä huolimatta on sen taustalla oleva vammaisuus kohdattava.

Kehitysvammaisten lukumäärästä ei Suomessa ole luotettavaa tietoa. Arviot ovat eri aikoina vaihdelleet 10 000:sta (1907), aina 100 000:een (1961). Vuosina 1848 – 1939 ja sen aikakauden tilastotietojen mukaan vammaisten henkilöiden kokonaismäärä kasvoi Suomessa 20 000:sta 64 000:een (Harjula 1996, 17). Viime vuosikymmeninä on yleisemmin käytetty Kelan työttömyyseläkkeensaajien ja erityisopetusta saavien tilastoihin pohjautuvia arvioita. Vuonna 1996 oli Suomessa 27 000 – 28 000 kehitysvammaista henkilöä, eli kyseessä oli 0,56 % väestöstä. Näistä 28 000:sta lievästi kehitysvammaisia oli arviolta 25 % ja keskivaikeasti kehitysvammaisia 31 % eli yhteensä puolet (Suomen ympäristöministeriö 1996, 13).

4.3 Kehitysvammaisuus ja yhteiskunnan luokittelu

Luokittelu ei ole pelkästään kielellinen kuva, vaan sillä on vaikutuksensa kehitysvammaisten arkeen ja esimerkiksi palvelujärjestelmään. Kehitysvammaisten luokkaan kuuluville on esimerkiksi laadittu oma lakinsa, joka luo täysin erillisen palvelujärjestelmän tämän lain piiriin kuuluville (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 517/1977). Saloviita (1997) toteaaakin, että luokittelu ja diagnosointi toimivat myös portinvartijana kahteen suuntaan, eli henkilö, jolla on tietyt piirteet ja ominaisuudet, on oikeutettu erityislakien mukaisiin etuuksiin. Toisaalta taas niiltä, jotka

etuuksia saavat, sulkeutuu monta tavalliseen yhteiskuntaan johtavaa valintaa (Saloviita 1997, 46–50).

Baumanin (1996) mielestä modernissa yhteiskunnassa postmodernius merkitsee sosiaalisen elämän eettisyyden lisääntymistä, jonka mukaan eettiset kysymykset ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä. Moderni yhteiskunta on yrittänyt ottaa vastuuta moraalista seikoista haluamalla poistaa yksilöiltä moraalisen vastuun ja siirtäen sen instituutioille, valtiolle, kirkolle ja vastaaville tahoille (Bauman, 1996, 286–287). Kemppisen (1997) mukaan nykyisessä postmodernissa elämäntavassamme on vaikea tarttua mihinkään, koska yhteisöllisyyden sidos ympärillämme on heikko, arvomaailma katkeilevaa ja elämän merkityskentät liikkuvia (Kemppinen 1997, 4–5). Bauman (1996) pohtii postmodernin ajan irtisanoutuneen kahdesta yhteiskuntajärjestelystä ylläpitäneestä tekijästä: uskosta ja yrityksestä suoriutua. Yhteisöllisyyden ja yhteiskunnan kannalta tämä ehkä merkitsee sitä, että ihminen jää pelkoineen ja ongelmineen yksin (Bauman 1996, 36–38).

Sosiaalityön arvot ja etiikka ovat ammatillisen toiminnan tärkeimpiä lähtökohtia. Arvojen tiedostaminen ja eettinen pohdinta ovat ammatillisen sosiaalityön ydintä. Sosiaalityöllä ei varsinaisesti ole ”omia” arvoja ja eettisiä periaatteita, vaan lähtökohtana on yleisesti hyväksytyt modernin yhteiskunnan arvot (Raunio 2009, 82). Eettisesti perusteltua ei myöskään ole syrjäyttää lapsia omissa asioissaan esimerkiksi sen vuoksi, että he ovat hankalia ja käyttäytyvät huonosti. Työntekijällä on velvollisuus etsiä keinoja lapsen kanssa toimimiseksi (Talentia 2005, 15). Myös kehitysvammaisella hyvän elämän objektiivisten reunaehtojen ja tasa-arvon edistäminen tarkoittaa modernissa yhteiskunnassamme perustarpeiden tyydyttämistä sekä sosiaalisten verkostojen rakentamista ja tukemista, joiden puitteissa myös vammaisen kunnioitus, arvostus ja välittäminen voivat toteutua. Aito yksilöllisyys ja itsemäärääminen voivat syntyä ja kehittyä vain hyvän elämän fysiologiset, psykologiset ja sosiaaliset reunaehdot toteuttavassa yhteisössä (Niemi 2008, 137). Sennet (2004, 256) toteaa, että pelkästään ammatilliseen perustuva itsekunnioitus ei yksinään synnytä keskinäistä kunnioitusta eikä eriarvoisuuden epäkohtiin puuttuminen yhteiskunnassa yksinään synnytä keskinäistä kunnioitusta. Yhteiskunnassa ja etenkin hyvinvointivaltiossa ongelmamme ydin on kuinka vahvat voimat voivat kunnioittaa niitä, joiden kohtalona on jäädä heikoiksi.

Se, että vammaisilla on yhtäläinen oikeus elää ja toimia yhteiskunnassa, vaatii myös mittavia muutoksia fyysisessä ja sosiaalisessa järjestyksessä (Vehmas, 2005, 127).

Lehtisen (1993) mukaan normalisaatio tarkoittaa, että kehitysvammaisille henkilöille kuuluvat samanlaiset mahdollisuudet, velvollisuudet ja oikeudet kuin muillekin ihmisille. Kyse on tasa-arvosta, ihmisoikeuksista, valinnanmahdollisuuksista sekä mielipiteiden ilmaisusta ja itsemääräämisoikeudesta. Normalisaatio takaa, että kehitysvammaiset ihmiset voivat elää samanarvoisesti kuin muut: elämää normaalien päivä- ja vuorirytmien, elämänkaaren kokemusten mukaisesti yksilöllisyyttä kunnioittaen. Kehitysvammaiset täytyy hyväksyä yhteiskunnan täysivaltaisiksi jäseniksi, ja yhteiskunnan oikeuksien täytyy olla myös kehitysvammaisten oikeuksia (Lehtinen 1993, 20–23.)

Kehitysvammaiset ovat muiden kouluikäisten tapaan oppivelvollisia. Vammainen nuori saattaa käydä koulua kauemmin kuin vammaton lapsi, jos hän kuuluu pidennetyn oppivelvollisuuden piiriin. Perusopetuslain (1998/628) mukaan pidennetty oppivelvollisuus koskee lapsia, joiden vammaisuuden tai sairauden vuoksi ei ole mahdollisuutta saavuttaa perusopetukselle säädettyjä tavoitteita (Ahponen 2001, 91.)

5. KEHITYSVAMMAINEN LAPSI JA SOSIAALITYÖ

5.1 Lastensuojeluasiakkuus

Lasten suojelu perustuu lapsen kansainvälisesti tunnustettuihin oikeuksiin, joita ovat muun muassa etusija erityiseen suojeluun, oikeus turvalliseen ja virikkeelliseen kasvuympäristöön sekä tasapainoiseen että monipuoliseen kehitykseen. Lasten suojelun tavoitteena on turvata nämä oikeudet kaikille lapsille (Taskinen 2007, 10). Lastensuojelu tulee käsittää lasten suojeluksi, eikä pelkästään sosiaaliviranomaisten asiaksi, vaan asiaksi, joka koskee muitakin viranomaisia ja kaikkia kansalaisia. Lasten hyvästä kehityksestä riippuu koko yhteiskunnan tulevaisuus (Taskinen 2007, 8). Lastensuojelun asiakkuus voi lähteä liikkeelle eri tavoin: joko perheen omasta avunpyynnöstä, muiden yhteydenotosta ja lapsen asian puheeksi ottamisesta tai lastensuojeluilmoituksesta (Heino 2007, 40).

Lastensuojeluasiakkuus alkaa, kun lastensuojeluasian vireille tulon vuoksi ryhdytään kiireellisesti lastensuojelutoimenpiteisiin tai kun päätetään tehdä lastensuojelutarpeen selvitys. Lastensuojelun ilmoituksen vastaanottamisesta on sosiaalityöntekijän välittömästi arvioitava, onko lapsella kiireellistä lastensuojelun tarvetta (26§). Jos näin on, lapsen tilanne tulee turvata ja tarvittaessa tehdään kiireellinen sijoitus (38§) (Taskinen 2007, 34). Mikäli lapsen asiassa ei ole tarvetta välittömiin toimiin, on sosiaalityöntekijän arvioitava seitsemän päivän kuluessa, onko ryhdyttävä lastensuojelutarpeen selvitykseen (26§). Pääsääntönä on kuitenkin, että selvitystä ryhdytään tekemään. Se voidaan jättää tekemättä vain silloin, jos esimerkiksi lapsi on jo lastensuojelun asiakas tai jos kysymyksessä on aiheeton ilmoitus (Taskinen 2007, 34). Suomessa tehtiin vuonna 2008 yhteensä 15 042 lastensuojelutarpeen selvitystä (THL tilastot 2010).

Lastensuojelulain uudistus astui voimaan 1.1.2008 (lastensuojelulaki 417/2007). Lain muutostarpeiden taustalla ovat muun muassa Suomen ratifioimat ihmisoikeussopimukset, keskeisimmin YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus. Uusi lastensuojelulaki tehostaa lapsen ja perheen osallisuutta ja oikeusturvaa, viranomaisten yhteistyötä perheiden tukemiseksi sekä täsmentää kunnan velvollisuuksia lastensuojelussa. Uuden 2008 lastensuojelulain tavoite on siirtää

lastensuojelutoimenpiteiden painopiste ennaltaehkäisyyn, varhaiseen tukeen ja avohuoltoon (Taskinen 2007, 7). Lain peruslähtökohta on, että lapsen hoito ja kasvatusta ovat vanhempien vastuulla. Yhteiskunnalla on kuitenkin vastuu siitä, että lapsilla on hyvät kasvuolosuhteet ja vanhemmilla tukea lasten kasvatukseen. Lastensuojelun tarve alkaa, jos lapsesta ei pidetä riittävän hyvää huolta. Lastensuojelulaissa lähdetään siitä, että kaikissa lasta koskevissa lastensuojelutoimenpiteissä on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (Taskinen 2007, 8).

5.2 Lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle

Ennen uuden lastensuojelulain voimaantuloa 1.1.2008 vahvistettiin joulukuussa 2007 laki lastensuojelulain 49§:n muuttamisesta (1390/2007). Tässä muutoksessa täsmennettiin sijaishuollon määritelmää niin, että huostaanoton ja kiireellisen sijoituksen ohella myös hallinto-oikeuden väliaikaisen määräyksen (83§) nojalla tehty sijoitus kodin ulkopuolelle määriteltiin sijaishuolloksi. Uuden lastensuojelulain käsitteet, kiireellinen sijoitus (kumotussa laissa kiireellinen huostaanotto) ja hallinto-oikeuden väliaikainen määräys, aiheuttavat sen, että tietyissä lastensuojelulain säännöksissä ei olisi enää tarkoituksenmukaista käyttää termiä ”huostaanotto”, vaan se tulisi korvata termillä ”sijaishuolto”. Sijaishuolto kattaisi myös sanatarkasti ne tilanteet, kun lapsi on sijoitettu kodin ulkopuolelle sijaishuoltoon muunkin kuin huostaanottopäätöksen perusteella. Tällöin säännösten soveltaminen kiireellisesti hallinto-oikeuden väliaikaisella määräyksellä sijoitettuihin lapsiin ei jäisi tulkinnanvaraiseksi (Saastamoinen 2008, 26.)

Huostaanotto tai kiireellinen sijoitus tarkoittaa lapsen hoidon ja huolenpidon järjestämistä siten, että julkinen valta päättää, missä lapsi asuu, ja sijaishuolto tarkoittaa, että lapsi ei enää asu huoltajiensa kanssa vaan perhehoidossa tai laitoshuollossa (Hiihtola 2008). Lapsi voidaan sijoittaa asumaan kodin ulkopuolelle useilla erilaisilla päätöksillä, joiden perusteet ja tarkoitus, sekä oikeudelliset vaikutukset voivat olla hyvinkin erilaisia. Lapsi voidaan sijoittaa joko avohuollon tukitoimena, huostaan otettuna, kiireellisesti sijoitettuna tai hallinto-oikeuden väliaikaisella määräyksellä sekä jälkihuoltona että näiden lisäksi myös yksityisesti (Saastamoinen 2008, 24).

Vuonna 2004 julkaistiin valtakunnalliset lapsen sijaishuollon laatukriteerit. Kriteerit ohjaavat tarkastelemaan sijaishuoltoa lapsen näkökulmasta ja osoittavat, mihin

sijaishuoltopaikan toiminnassa tulee kiinnittää huomiota sijaishuollon laatua arvioidessa. Myös sijoituksia valmistelevat lapsen asioista vastaavat sosiaalityöntekijät voivat käyttää kriteereitä muun muassa sen varmistamiseksi, että lapsi sijoitetaan ensimmäisellä kerralla hänelle parhaiten sopivaan paikkaan niin, että hänen yksilölliset tarpeensa tulevat huomioituiksi (Saastamoinen 2008, 22.)

5.3 Sijaishuollon muodot

Sijaishuollolla tarkoitetaan huostaan otetun tai kiireellisesti sijoitetun lapsen sijoitusta. Tällöin lapsen huolto tietyiltä osin siirtyy sosiaalitoimelle. Lapsi voidaan myös sijoittaa asumaan kodin ulkopuolelle avohuollon tukitoimena tai jälkihuollon perusteella. Tällöin kaikki huoltajan oikeudet säilyvät alaikäisen huoltajilla (Taskinen 2007, 76). Lapsella on oikeus tarpeidensa mukaiseen sijaishuoltopaikkaan. Lapsen sijaishuoltopaikkaa valittaessa tuleekin huomioida, että lapsella on sijaishuollon aikana oikeus saada hänen tarpeidensa mukaisessa laajuudessa sellaista hoitoa ja huolenpitoa, joka ilmenee tehdystä huostaanottopäätöksestä. Sijaishuoltopaikan valinnan on aina perustuttava lapsen etuun (Saastamoinen 2008, 99).

Lapsen sijaishuollon muotoja ovat perhehoito, ammatillinen perhekoti, laitoshuolto tai muu lapsen tarpeiden mukainen sijoitusmuoto. Lastensuojelulaissa ei ole tarkemmin säännelty sitä, mikä sijaishuollon muoto on kussakin tilanteessa paras vaihtoehto. Myöskään lapsen iällä ei ole lähtökohtaisesti merkitystä, vaan kyse on aina lapsikohtaisesta harkinnasta. Lapsen sijaishuollon muodoksi on valittava se sijaishuollon vaihtoehto, joka on lapsen edun, yksilöllisten tarpeiden ja kehityksen kannalta paras vaihtoehto lapselle (Saastamoinen 2008, 27). Viranomaisten on myös kartoitettava lapsen läheiset ihmiset, ennen kuin lapsi sijoitetaan kodin ulkopuolelle (Moisio 2008, 157).

Sosiaalihuoltolain mukaisella perhehoidolla tarkoitetaan lapsen hoidon, kasvatuksen ja muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Sijaiskodilla tarkoitetaan perhehoitolain mukaisen toimeksiantosopimuksen tehneen perhehoitajan omassa kodissaan antamaa lapsen hoitoa ja kasvatusta siten, että lapsi ja perhehoitaja asuvat yhteisessä kodissa. Ammatilliset perhekodit ovat sijaiskodin ja laitoksen väliin sijoittuva sijaishuoltomuoto.

Ammatillisella perhekodilla tarkoitetaan yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain mukaisen lääninhallituksen luvan saanutta perhekotia, jossa lasten kanssa yhteisessä kodissa asuu vähintään kaksi hoidosta ja kasvatuksesta vastaavaa henkilöä. Silloin kun ammatillinen perhekoti toimii sosiaalihuoltolain tarkoittamana perhekotina, siinä voidaan samanaikaisesti hoitaa enintään kuutta lasta. Amatillisten perhekotien odotetaan vastaavan henkilöstön ammatillisuuden vuoksi sellaisten lasten tarpeisiin, jotka tarvitsevat vaativampaa hoidollista ja kasvatuksellista sijaishuoltoa. Lastensuojelulaitoksia, joissa voidaan järjestää lapsen sijaishuoltoa, ovat lastenkodit, nuorisokodit, vastaanottokodit ja koulukodit sekä muut näihin rinnastettavat lastensuojelulaitokset. Lastensuojelulaitoksia ylläpitävät lähinnä valtio, kunnat ja yksityiset yhteisöt (Saastamoinen 2008, 27–30.)

Lastensuojelulaitoksissa hoidon laadulle säädetään laissa vähimmäiskriteerit henkilökunnan lukumäärästä, ammattitaidosta sekä hoidettavien lasten määrästä (Moisio ym., 2008, 158). Lastensuojelussa on aina tavoitteena perheen jälleenyhdistäminen lapsen edun mukaisella tavalla. Tämä saattaa kuitenkin viedä pitkän ajan, ja joissain tilanteissa se ei ole mahdollista. Sijoitusta ei voida myöskään lopettaa, jos se on lapsen edun vastaista (Taskinen 2007, 84).

Euroopassa lastensuojelulaitoksilla voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia instituutioita. Lastensuojelulaitoksilla saatetaan tarkoittaa hyvin pieniä laitoksia, tai toisaalta nuorten laitoksia voidaan kutsua kasvatuslaitoksiksi. Laitoksilla voidaan viitata sekä pieniin 10 – 20 lapsen yksiköihin kuin yhtä lailla suuriin useiden satojen lasten laitoskomplekseihin. June Thoburn (2008) puhuu lastensuojelun globalisoitumisesta, jolla hän tarkoittaa, että kansallista lastensuojelua arvioidaan suhteessa muiden maiden lastensuojeluun. Lastensuojelulaitosten määrä on Erik Knorthin mukaan vähentynyt tuntuvasti viimeisinä kahtena vuosikymmenenä läntisen Euroopan maissa. Nykyään lastensuojelulaitokset eivät ole entisaikojen orpokotien kaltaisia. Suomessa laitosten kehittäminen ja tutkiminen eivät ole olleet intensiivisen kiinnostuksen kohteina, eikä meillä ei välttämättä tiedetä lastensuojelulaitosten tarkkaa lukumäärää. Laitokset ovat kuitenkin olleet pitkään tärkeä osa suomalaista lastensuojelua (Känkänen & Pösö 2008, 563.)

5.4 Sosiaalityö kehitysvammaisen lapsen kanssa

Suomalaisessa lastensuojelutyössä on 2000-luvulta lähtien alettu entistä enemmän kiinnittää huomiota lapsen kanssa tehtävään työhön. Tämä on lisännyt lapsen osallisuutta lastensuojelussa sekä tehnyt työstä aiempaa lapsilähtoisempää (Huotari 2008, 162).

Vammaiselle lapselle ja hänen perheelleen kuuluvat kaikki samat yhteiskunnan palvelut kuin muillekin lapsiperheille, kuten neuvola, päivähoito ja koulutus. Lasten kehitystä ja kasvua seurataan varhaislapsuudessa tarkasti neuvolassa. Usein neuvola on se paikka, jossa huomataan poikkeavuutta lapsen kehityksessä. Lapsi ja perhe voivat saada tuekseen erityispalveluita lapsen hoidon ja kuntoutumisen tueksi, esimerkiksi päivähoiton erityispalveluita tai fysioterapiaa, johon tarvitaan lääkärin lähete. Kehitysvammaisen lapsen perheelle saatavien tukien ja palvelujen kirjo on joskus laaja, sillä lapsen elämäntilanteen mukaan siihen voi kuulua esimerkiksi Kelan tai sosiaalitoimen myöntämiä taloudellisia tukia. Taloudellista tukea vammaisen lapsen hoitoon myöntää ensisijaisesti Kela. Tuista tärkeimmät ovat erityishoitoraha ja alle 16-vuotiaan vammaistuki joka on tarkoitettu pitkäaikaisesti sairaalle lapselle. Silloin kun lapsi täyttää 16 vuotta, hänen oikeutensa vammaistukeen loppuu. Lapsen kehitykseen ja terveyteen liittyvät vammat ja sairaudet voivat olla lastensuojelutarpeen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä (Henttonen 2009.)

Vammaisen lapsen vanhemmuus voi olla hyvin vaativaa, sillä vammaisen lapsi voi olla joskus hyvin levoton, itkuinen tai vilkas. Lapsen kehitysvammaan saattaa liittyä paljon hoitoa vaativia lisävammoja ja sairauksia. Usein lapsen toistuvat hoidot ja kuntoutukset voivat kuluttaa vanhempien voimavaroja ja sisaruksien tarpeet saattavat jäädä liian vähälle huomiolle. Joskus perheen avuksi tarvitaan lastensuojelua tukemaan lapsen tasapainoista kehitystä ja turvallista kasvuympäristöä. Usein lastensuojelutarpeen syntymiseen perheessä liittyy vammaisuuden lisäksi muitakin selviytymistä kuormittavia tekijöitä, kuten riittämätön tukiverkosto, vanhempien väliset ristiriidat tai vanhemman oma sairaus. Tukea voivat tarvita vammaisen lapsi, hänen sisaruksensa tai kaikki perheen lapset. Vammaisen lapsen perheessä saatetaan tarvita esimerkiksi perhetyötä, tukihenkilöä tai tukiperhettä avuksi perheen jaksamiseen (Henttonen 2009.)

Kehitysvammaisen lapsen perheen tilannetta voi helpottaa säännöllisen tilapäishoidon järjestäminen lapselle. Vanhemmat voivat hyötyä myös vertaistuesta (Henttonen 2009).

Kun lapsi vaatii huomiota, vanhempien oma elämä ja hyvinvointi jäävät helposti jalkoihin. Vanhempien jaksaminen on kuitenkin koko perheen hyvinvoinnin perusta. Kotiranta (2008) pitää tärkeänä, että asiakkaan aktivoinnissa omaehtoisuuden oivaltaminen ja sen mahdollistaminen on keskeistä. Kyse on omaehtoisuuden tukemisesta ja jonkin uuden syntymisestä. Toisaalta omaehtoisuuteen kuuluu myös oma vastuu, eli kukaan ei voi oivaltaa tai tiedostaa jotain uutta toisen puolesta, vaan ihminen on vastuussa omista valinnoistaan (Kotiranta 2008.)

Perheiden kanssa tehtävää työtä voidaan nimittää voimaannuttamiseksi. Voimavarakeskeinen työtapa on ihmisen oman elämänhallinnan parantamista omien voimavarojen mukaan (Raunio 2009, 64). Myös Dominelli (2004) toteaa sosiaalityön olevan muuttuvassa yhteiskunnassa sekä poliittista, sosiaalista, taloudellista ja kulttuurista, ja sen tulisi olla yksilöllisesti painottuvaa voimaannuttamista (Dominelli 2004). Myös Gambrill (2006) painottaa asiakaslähtöistä työskentelyä, jonka tavoitteena on asiakkaan ja perheen voimaannuttaminen. Toivotun käyttäytymisen vahvistamiseksi tulee huomioida annetun avun oikea-aikaisuus, positiivisen palautteen antaminen, pienin askelin eteneminen ja avun oikea määrä ja laatu. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja resurssien arvioimisessa sosiaalityöntekijä joutuu huomioimaan koko yhteisön ja lähityössään myös koko sosiaalisen alueen toiminnan tarpeet, heikkoudet ja vahvuudet.

Lastensuojelulapset ovat usein monien eri lastensuojeluinstituutioiden asiakkaina lapsuutensa ja nuoruutensa aikana. Lasten asiakkuudet saattavat kestää toisinaan pitkiäkin aikoja. Lastensuojelullisissa kohtaamisissa ei voi välttyä kysymyksistä vallasta, kontrollista ja lapsen sekä asiantuntijatiedon suhteesta (Forsberg ym.2006, 21). Ikosen (1997) mukaan lapsen kohtaamista ja hänen mielipiteensä selvittämistä ei käytännössä pidetä useinkaan helppona tehtävänä. Lastensuojeluinstituutioissa työskentelevät ammattilaiset ovat esimerkiksi sitä mieltä, että lasten kuulemisen ongelmat liittyvät sosiaalityön menetelmiin, lapsen edun määrittämisen vaikeuteen, byrokraattisiin tekijöihin, lasten kehitykselliseen erilaisuuteen ja lapsen asemaan yhteiskunnassamme. Toisaalta lapsen sijaishuoltopaikan valinnan huolellisella valmistelulla ehkäistään lapsen sijoituksen vaihtuminen ja katkeaminen ja luodaan siten lapsen elämään jatkuvuutta ja pysyvyyttä (Saastamoinen 2008, 99). Esimerkiksi haastavasti käyttäytyvästä lapsesta saattaa muodostua kuva, että lapsi on paha tai huonosti kasvatettu. Yksi kasvattajan vaikeimmista pulmista on lapsen haastava käytös. Autistisen lapsen on usein vaikea ilmaista itseään elein tai ilmein. Tämä ei tarkoita, etteivätkö autistiset lapset halaisi

viestiä, vaan sitä, että heiltä puuttuu väline jolla viestiä. Kielellinen ilmaisu tulkitaan helposti väärin, kun sitä ei pystytä vahvistamaan (Argyle 1988). Instituutioiden ja työntekijöiden mahdollisuudet huomioida lasten ja aikuisten väliset erot, esimerkiksi kognitiiviset taidot vaativat työntekijöiltä erityistä huomiota ja osaamista (Mishna ym., 2004).

Lapset ovat kykeneviä osallistumaan häntä koskevaan arviointiin ja osallistumaan haastatteluihin, täyttämään lomakkeita ja osallistumaan havainnointitutkimuksiin joissa tutkija tarkkailee heidän toimintaansa (Christensen ym., 2008, 2–9). Lapsen ja nuoren osallisuus on interventio työntekijän ja lapsen välillä. Mishna ym., (2004, 455–458) kuvaa lapsen ja nuoren haastattelun jännitteitä siten että interventio kasvattaa eroa aikuisen ja lapsen välillä ja kuitenkin samalla jokainen tekemättä jätetty interventio mahdollisesti heikentää lapsen ajatusta aikuisista heidän asioidensa vastuuntuntoisina edustajina. Lapsia onkin valmisteltava hyvin haastatteluja varten. Sosiaalityön tulisi erityisesti keskittyä lasten kanssa tehtävään työhön, koska silloin hyvinvointijärjestelmä todella kunnioittaisi lasten oikeuksia ja näin suojaisi lasta laiminlyönniltä sekä hyväksikäytöltä (Dominelli 2004). Myös sosiaalityön ammattilaiset ja tutkijat ovat haasteiden edessä pohtiessaan lapsiin liittyviä vaikeita eettisiä vaikeita aiheita. Ammattilaisten velvollisuutena on suojella lasten oikeuksia, vapautta, turvallisuutta ja itsemääräämisoikeutta (Mishna ym., 2004).

5.5 Lisääntyvä lastensuojelutarpeen kehitys

Vuonna 2007 Suomessa oli lastensuojelun avohuollon asiakkaana 62 485 lasta ja nuorta ja vuonna 2008 67 347 lasta ja nuorta. Vuoden 2007 kokonaislukumäärä kasvoi selvästi ja nousua oli 5,8 % edelliseen vuoteen verrattuna. Vuoden 2008 kokonaislukumäärä lisääntyi edellisvuodesta 7,8 %:lla. Vuonna 2006 oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna 15 628 lasta ja nuorta. Vuonna 2007 huostaan otettuja lapsia oli 10 207, mutta huostaanotto on koskenut kaikkiaan 11 105 lasta vuoden aikana. Suostumukseen perustuva tai tahdonvastainen huostaanotto koski 9 953 lasta vuoden 2007 aikana. Kiireellinen huostaanotto koski 1 992 lasta. Vuonna 2008 kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna 16 608 lasta ja nuorta, heistä huostaan otettuna 10 700 lasta (THL 2010). Kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla ja nuorilla tarkoitetaan sosiaalilautakunnan päätöksellä kodin ulkopuolelle joko avohuollon tukitoimena 37§, kiireellisesti sijoitettuna 38§, huostaan otettuna 40§ tai jälkihuoltona sijoitettuja lapsia ja nuoria 75§

(Taskinen 2007, 110–112). Lastensuojelun avohuollon asiakasmäärien kasvua voidaan selittää osaltaan myös vuoden 2008 alusta voimaan tulleella uudella lastensuojelulalla, jossa avohuollon asiakkuuden alkaminen on nyt selkeästi määritelty (THL 2010 lastensuojelun tilastot).

Taulukosta (5) voimme huomata, että sijoitusperusteiden käyttö on muuttunut. Avohuollon tukitoimenkäytöstä on siirrytty kiireellisten huostaanottojen käyttämiseen ja kiireellisten sijoitusten osuus on kasvanut.

Taulukko 5. Lapsen elämässä ensimmäisen sijoituksen peruste % vuosina 1994, 2004, 2005 (THL 2009).

Vuosi	1994	2004	2005
Avohuollon tukitoimi	71	63	58
Kiireellinen huostaanotto	18	29	31
Huostaanotto	8	8	10
muu	2	0	0

Taulukosta nähdään, että sijoitusperusteiden käyttö on muuttunut tai ainakin toimintakäytännöt ovat muuttuneet.

Kymmenen vuotta sitten yli 70 % lasten sijoituksista tehtiin 14§:n mukaisina avohuollon tukitoimina, nyt enää 58 %. Avohuollon tukitoimien käytöstä on siirrytty kiireellisiin huostaanottoihin, varsinkin kun lapsi on huostaan otettu ja sijoitettu ensimmäistä kertaa kodin ulkopuolelle. Kiireellisten huostaanottojen osuus kaikista käytetyistä sijoitusperusteista on kasvanut 20 %:sta yli 30 %:iin. Avohuollon ensisijaisuudesta huolimatta huostaanotossa ja sijaishuollon järjestämisessä ei tule viivytellä, mikäli lapsen ongelmat ovat niin vakavia, ettei avohuollon tukitoimin ole mahdollisuutta saada aikaan korjausta lapsen tilanteeseen (Lastensuojelulaki 9§ 2 mom.).

Taulukko 6. Lasten ikäjakauma vuoden 2007 huostaanotoista

(THL 2009)

Ikä	0 - 6	7 - 11	12 - 15	0 - 16
Kiireellinen sijoitus	444	274	529	1434
Huostaanotto	112	119	190	486
Tahdonvastainen huostaanotto	53	34	65	165
Yhteensä	609	427	784	2085

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sijoitustietojen mukaan vuonna 2007 huostassa olevia lapsia oli yhteensä 10 207. Huostassa olevien lasten määrä kasvoi edellisestä vuodesta 602:lla. Kokonaisuudessaan huostassa olevien lasten määrä on viime vuosina kasvanut 2 - 6 %:n vuosivauhtia. Vuonna 2007 kasvu oli 6,2 %. Kasvu kiihtyi edelliseen vuoteen verrattuna, 20 % lapsista oli huostassa tahdonvastaisesti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen viimeisimmän tilastotiedon mukaan, huostaan otettuja tai kiireellisesti sijoitettuja lapsia oli vuonna 2008 10 716 lasta ja nuorta. Näistä tahdonvastaisesti huostaan otettuja lapsia oli 18,7 % eli 2 001 lasta ja nuorta. Huostaan otettuja tai kiireellisesti sijoitettuja oli kaiken kaikkiaan 11 804 lasta ja nuorta vuoden 2008 aikana, näistä kiireellinen koski kaikkiaan 2 410 lasta ja nuorta. Suostumukseen perustuva huostaanotto koski 7 966 lasta ja tahdonvastaisesti otettiin huostaan 2 171 lasta vuoden 2008 aikana. Sama lapsi voi sisältyä sekä kiireellisiin sijoituksiin että huostassa olleiden määrään, mikäli lapsi kiireellisen sijoituksen jälkeen päätetään huostaan ottaa. Uusia, ensimmäistä kertaa huostaan otettuja tai kiireellisesti sijoitettuja 0 - 17-vuotiaita lapsia vuonna 2008 oli yhteensä 2 554. Huostaanottoa tai kiireellistä sijoitusta on saattanut kuitenkin edeltää lastensuojelun avohuollon tukitoimen sijoitus (THL 2010 lastensuojelun tilastot.)

Taulukko 7.

Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret vuosina 1995 - 2008

(THL 2010)

Vuosi	Perhehoito	Ammatillinen perhekotihoito	Laitos huolto	Muu huolto	Yhteensä
1995	5131	815	3076	1716	10 738
1996	5282	954	3146	1781	11 163
1997	5495	1125	3489	1527	11 636
1998	5469	1290	3503	1516	11 778
1999	5496	1271	3282	2037	12 086
2000	5596	1547	3420	2108	12 671
2001	5739	1804	3525	2270	13 338
2002	5738	2004	3919	2334	13 995
2003	5572	2204	4064	2367	14 207
2004	5434	2338	4487	2432	14 691
2005	5429	2490	4812	2522	15 253
2006	5513	2622	5011	2558	15 704
2007	5494	2849	5285	2496	16 124
2008	5468	3159	5668	2313	16 608

Taulukosta (7) nähdään, että lapsia ja nuoria on sijoitettu perhehoitoon tasaisesti 14 viimeisen vuoden aikana, vaikka perhehoidon tulisi aina olla ensisijainen sijoitusmuoto. Laitoshoidon sijoitusten määrät ovat kasvaneet kuten ammatillisen perhehoidonkin sijoitukset (THL 2009 lastensuojelun tilastot). Myös Bardy ym., (2001) toteaa, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen määrä on kasvanut vuoden 1990-luvun alusta lähtien. Perhehoitoliiton tietojen mukaan Suomessa oli vuonna 2008 perhehoitoon sijoitettuna 5468 lasta kun se vuonna 2001 oli 5739 lasta. Perhehoidossa olevien lasten ja nuorten määrä on viime vuosina laskenut. Samaan aikaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä kasvaa. Eniten perhehoidossa olevia lapsia on Uudellamaalla, reilut 1500 lasta ja nuorta. Kaiken kaikkiaan alle 18-vuotiaista oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna 1,3 prosenttia. Kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla tarkoitetaan, että sosiaalilautakunnan päätöksellä lapsi tai nuori sijoitetaan kodin ulkopuolelle joko avohuollon tukitoimena, huostaan otettuna tai jälkihuoltona. Vuonna 2008 oli perhehoidossa 1269 kehitysvammaista. Määrä on ollut lievässä kasvussa koko 2000 luvulla (Perhehoito 2/2010, 6).

5.6 Lastensuojelu Pohjoismaissa

Anne-Dorthe Hestbaek (1998) on tehnyt vertailevan tutkimuksen Pohjoismaiden lastensuojelun pakkotoimista, erityisesti huostaanotoista. Tutkimus osoitti, että pakkohuostaanoton käsite Pohjoismaissa vaihtelee eikä tilastojen avulla voida vertailla pakon käytön laajuutta luotettavasti. Kaikissa maissa pakkohuostaanotolla tarkoitetaan huostaanottoa, jota joku asianosaisista vastustaa. Tanskassa, Islannissa ja Ruotsissa huostaanoton tekevät vapaaehtoiseksi se, että asianosaiset ilmaisevat suostuvansa siihen, sekä se, että lapsi kotiutetaan välittömästi, jos asianomainen sitä vaatii. Suomessa ja Norjassa suostumukseen perustuva huostaanotto merkitsee, että lasta ei huoltajan vaatimuksestakaan automaattisesti kotiuteta (Heino & Pösö 2003, 586.)

Kansainvälisessä tarkastelussa Suomi näyttäytyy laitossijoituksia suosivana maana. (Känkäinen & Pösö 2008, 563). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa on havaittu, että lapsen sijoittaminen edestakaisin kodin ja jonkin muun sijaishuoltoapaikan välillä horjuttaa lapsen elämää vielä enemmän kuin muutot sijaishuoltoapaikkojen välillä. Kun lapsi otetaan huostaan, on tavoitteena aina, että lapsi voi palata jossain vaiheessa vanhempien luo takaisin (Andersson 2008, 87–88). Kotiuttamisen jälkeen on tärkeää tukea niin lasta kuin vanhempiakin sekä miettiä yhdessä minkälainen tarve on avohuollon tukitoimenpiteille tai muille tukikeinoille (Kujala 2006, 8).

6. KYSELYN TULOKSET

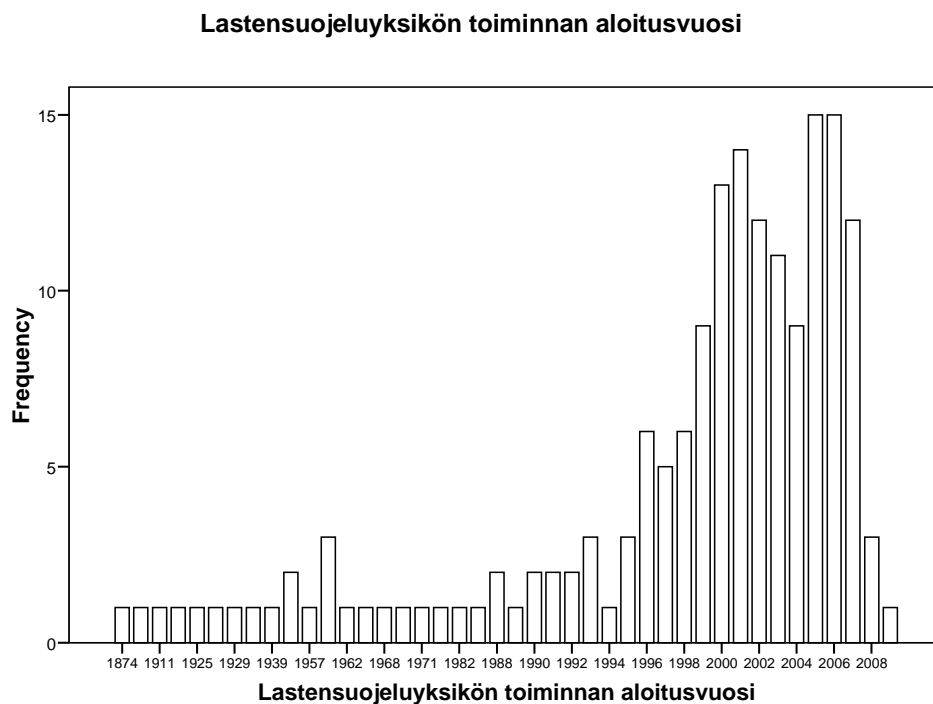
6.1 Tutkimukseen osallistuneet

Lähetin kyselylomakkeet satunnaisesti valitsemiini 500 lastensuojeluyksikköön ympäri Suomea. Kyselyn ulkopuolelle jäi 140 lastensuojeluyksikköä. Kyselyjä palautui 186 kappaletta, mutta aineistooni hyväksyin 171 lastensuojeluyksikön vastaukset. Hylkäämäni 15 kyselylomaketta olivat joko puutteellisesti täytetyt tai tyhjä.

Kyselyyni vastanneisiin yksiköihin (N 171) oli sijoitettuna yhteensä 1527 lasta. Sijoitetuista kehitysvammaisia lapsia oli yhteensä 123. Lastensuojeluyksiköissä, joissa vastaushetkellä ei ollut sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia, arvioitiin viiden vuoden aikana olleen yhteensä 105 kehitysvammaista lasta sijoitettuna. Kehitysvammaisten lasten kehitysvammaisuuden aste vaihteli lievästi kehitysvammaisesta syvästi kehitysvammaiseen lapseen. Lievästi ja keskivaikeasti kehitysvammaisia lapsia arveltiin olevan eniten mutta vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisia lapsia oli vain muutama. Maahanmuuttajataustaisia lapsia oli yhteensä 98 kpl, joista kehitysvammaisia lapsia oli 3 kpl. Lastensuojeluyksiköihin sijoitetuista 1527 lapsesta 32 lapsella oli diagnosoitu FASD ja 69 lapsella arveltiin olevan FASD eli fetal alcohol spectrum disorders.

Kyselyyn osallistuneista 171 lastensuojeluyksiköstä vain 1 oli jättänyt mainitsematta toiminnan aloitusvuoden. Vanhin yksiköistä oli aloittanut toiminnan vuonna 1874 ja uusin yksikkö oli perustettu vuonna 2009. Alla olevasta kuviosta (sivulla 41) voimme nähdä, että suurin osa lastensuojeluyksiköistä oli aloittanut toiminnan 1990 lamavuosien jälkeen. Vuosina 1996 – 2006 lastensuojeluyksiköiden määrän kasvu on ollut erittäin suurta.

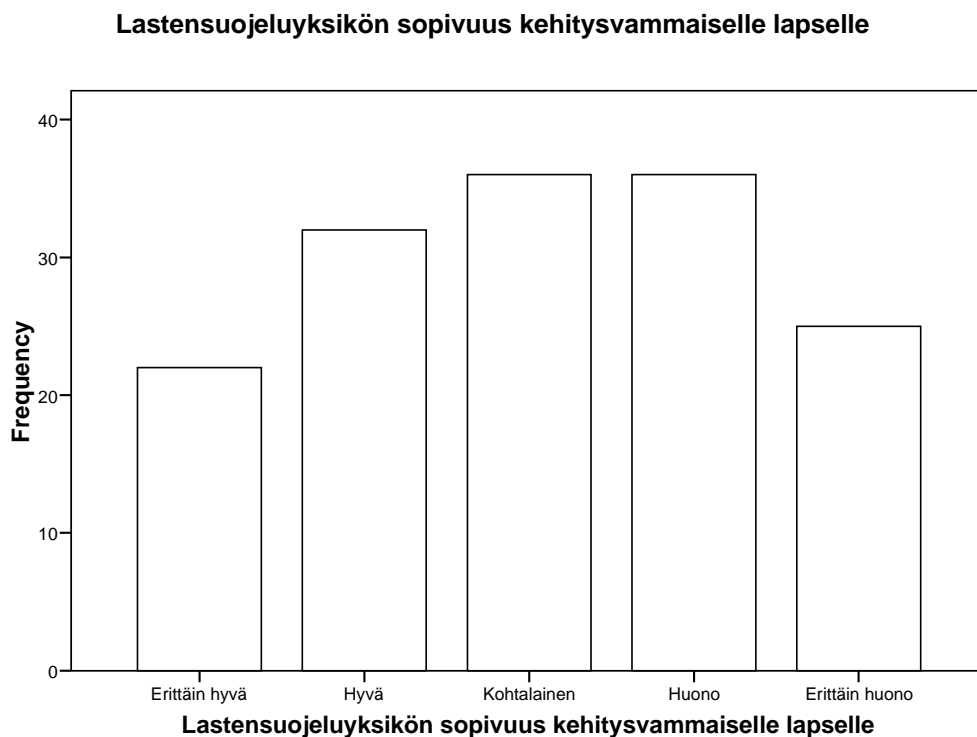
Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden toiminnan aloitusvuosi



Kuviosta voimme huomata, että vuoden 2007 jälkeen lastensuojeluyksiköiden perustaminen on alentunut. Moni kyselyyn vastanneista oli ilmoittanut myös, että heillä on vapaita lastensuojelupaikkoja. Myös yksi vastanneista ilmoitti, että heidän lastensuojeluyksikkö on lopettanut toiminnan vuoden 2009 joulukuussa. Kuvio osoittaa, että yksiköitä on perustettu tasaisesti 1990-luvulle asti. 1990-luvun alun lamavuosien jälkeen on lastensuojeluyksiköitä perustettu nopeasti ja paljon aina vuoteen 2007 saakka. 2008 lastensuojeluyksiköiden perustaminen on alentunut ja vuonna 2009 yksiköiden perustaminen on samalla tasolla kuin vuosina 1874 – 1982. Joidenkin Lääninhallitusten lähettämiä osoitetietoja ei oltu päivitetty vuoden 2008 jälkeen, joka voi osittain selittää lastensuojeluyksiköiden alentuneen kasvun vuonna 2009. Näiden tulosten joukosta puuttuu myös niiden lastensuojeluyksiköiden perustamisvuosi joihin en ollut kyselyä lähettänyt sekä ne lastensuojeluyksiköt jotka eivät olleet vastanneet kyselyyni. Mielenkiintoista olisi toistaa kysely kymmenen vuoden kuluttua uudelleen ja nähdä miten lastensuojeluyksiköiden perustaminen näkyy uuden lamakauden jälkeen.

Lastensuojelun sijoitukset ovat lisääntyneet nopeasti 1990-luvun alun jälkeen. Vuoden 1990 jälkeen on myös lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuormitus lisääntynyt nopeasti, sekä avohoito käynnit kaksinkertaistuneet (Moisio 2008, 66). Tämä tukee tutkimuksessani esiin tullutta lastensuojeluyksiköiden kasvupyrähdystä 1990 lamavuosien jälkeen.

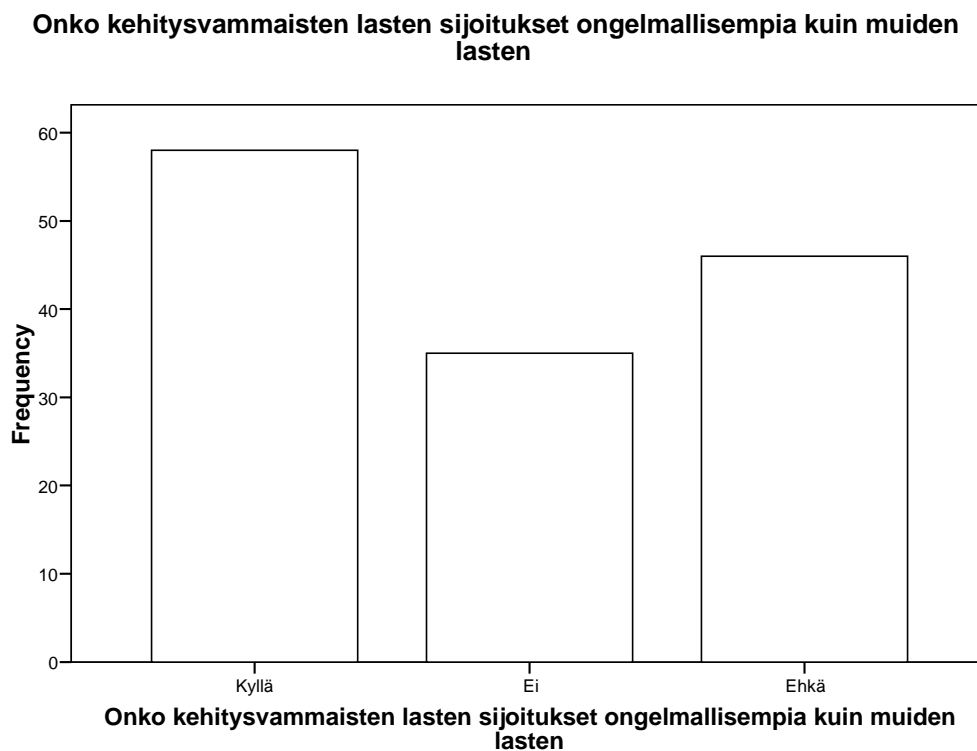
Kuvio 2. Lastensuojeluyksikön sopivuus



Yllä olevasta kuviosta voimme nähdä lastensuojeluyksiköiden (N=151) mielipiteen siitä, onko heidän lastensuojeluyksikkönsä sopiva kehitysvammaiselle lapselle. Vastanneista yksikön sopivuutta kehitysvammaiselle lapselle erittäin hyvänä piti 14,6 %, hyvänä 21,2 %, kohtalaisena 23,8 %, huonona 23,8 % ja erittäin huonona 16,6 % vastanneista. Yksiköt joissa oli kehitysvamma-alan osaamista sekä kokemusta kehitysvammaisista lapsista piti yksikköään sopivana sijoitusvaihtoehtona kehitysvammaiselle lapselle. Huonona ja erittäin huonona yksikkönsä sopivuutta pitivät ne yksiköt joissa ei ole aikaisemmin ollut sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia tai heillä ei ollut kehitysvamma-

alan kokemusta tai koulutusta. Lastensuojeluyksiköihin oli sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia kokonaisuudessaan 123 lasta kun sijoitettujen lasten kokonaismäärä oli 1527 lasta. Alla olevasta kuviosta näemme kyselyyni vastanneiden (N=139) lastensuojeluyksien henkilökunnan kokemuksen siitä, onko kehitysvammaisen lapsen sijoitus ongelmallisempi kuin muiden lasten.

Kuvio 3. Kehitysvammaisen lapsi lastensuojeluyksikössä



Vastanneista 41,7 % koki kehitysvammaisten sijoitusten olevan ongelmallisempia, 33,1 % vastanneista arveli kehitysvammaisen lapsen sijoituksen olevan ehkä ongelmallisempi ja 25,2 % vastanneista oli sitä mieltä, että kehitysvammaisten lasten sijoitukset eivät ole ongelmallisempia kuin muiden lasten sijoitukset.

Vastanneista (154) 24 % oli sitä mieltä että kehitysvammaisten lasten sijoitukset ovat lisääntyneet, 24,7 %:n mielestä ne eivät ole lisääntyneet, ja 50,6 % vastanneista arveli, että kehitysvammaisten sijoitukset ovat ehkä lisääntyneet.

Pyysin kyselyssäni vastaajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, mitä ongelmia voi esiintyä kun sijoitetaan kehitysvammainen lapsi tavalliseen lastensuojeluyksikköön. Vastaukset ovat poimittu niiden vastaajien joukosta (41,7 %) jotka kokivat kehitysvammaisen lapsen sijoittamisen ongelmallisemmaksi kuin muiden lasten (Liite 1, kysymys 33).

”Vaarana on, että toiset lapset eivät hyväksy kehitysvammaista lasta leikkeihin ja saattavat kiusata häntä.”

”Kehitysvammainen ei aina kykene kommunikaatioon muiden kanssa tasavertaisesti. Aiheutuu ristiriitoja kun kehitysvammainen ei aina ymmärrä muiden tarkoitusta. Aiheuttaa tämän vuoksi ahdistusta.”

”Vaativat jatkuvasti erityistä tukea ja joutuvat helposti muiden sijoitettujen kiusaamiksi, toisaalta opettavat muita kohtaamaan erilaisuutta.”

”Kehitysvammainen lapsi on jo perustarpeiltaan haastavampi kuin ns. tavis sijoitus. Sijoituspaikalla tulisi olla valmiudet vastata erityislapsen todella moniin erityistarpeisiin, kielellisten, kognitiivisten sekä sosioemotionaalisten ongelmien ja haasteiden käsittelyyn, työstämiseen ja avustamiseen. Koko kehitysvammahuollon verkoston, kuntoutuksen ja tutkimuksenkin tunteminen avittaa ohjaajia auttamaan lasta.”

”Koska päihde- aggressiivisten ja lyhyt pinnaisten nuorten kanssa on jo yksin ongelmaa, saati jos on sekaisin erilaisia esimerkiksi kehitysvammaisia.”

”Lastensuojeluyksikköä ei ole yleensä suunniteltu kehitysvammaisten lasten hoitopaikoiksi.”

”Jos yksikkö on erikoistunut kehitysvammaisiin, sijoitus ei ole ongelmallisempi. Muussa tapauksessa toisten lasten vanhempien suhtautuminen voi olla ongelma sekä palveluiden saatavuus, erillisyydet ja hajanaisuus.”

”Sosiaalityöntekijät eivät kannu vastuuta vaan siirtävät sen terveydenhuollon asiaksi.”

”Sijoitetuilla lapsilla on itsessään moniongelmainen tausta ja elämän tilanne, erilaisuutta on vaikea sietää. Tuen tarve on erityinen.”

”Tulee kiusatuksi, helppo kohde ja vaatii paljon työtä.”

”Vaatii henkilökuntaresursseja ja erityisosaamista.”

”Lastensuojelun pääosaaminen sosiaalipuolella, kehitysvammatyö vaatii erityisosaamista.”

”Tarvitsee paljon enemmän tukea, henkilökuntaresursseja ja osaamista.”

”Kehitysvammainen lapsi vaatii erilaista tieto-taitoa kuin ”normaali” lastensuojelulapsi.”

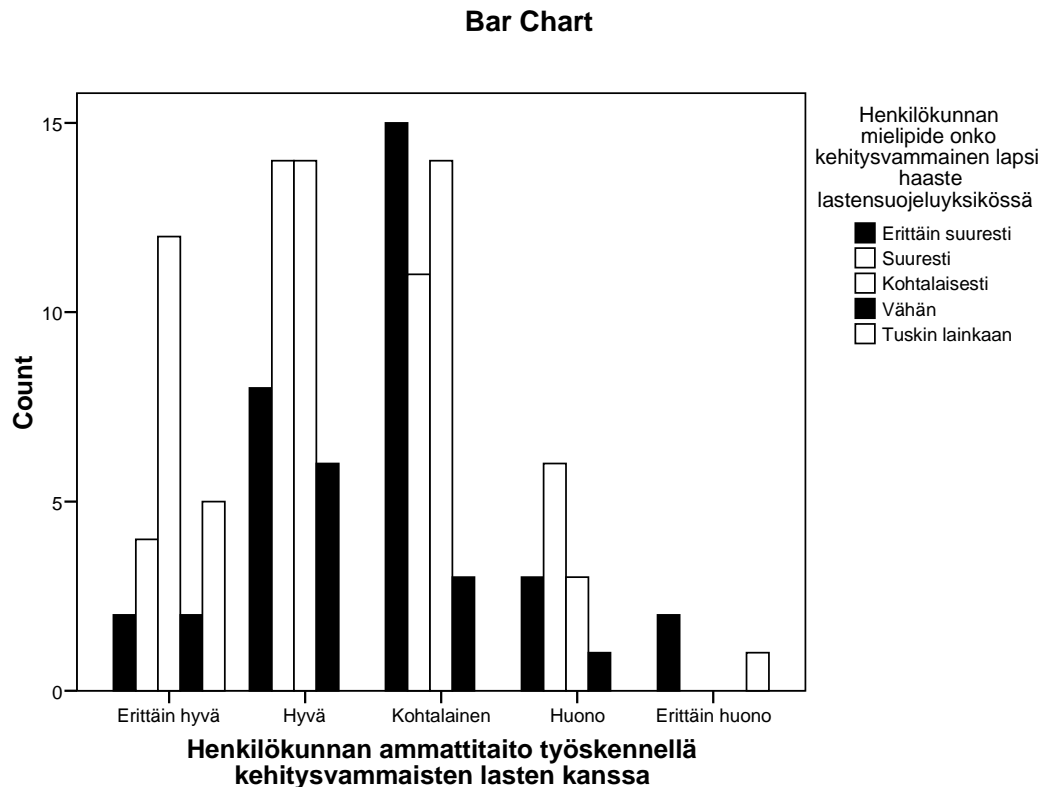
”Nykyisin vielä monella on pelko kohdata kehitysvammainen lapsi ja ottaa siitä kokonaisvaltainen vastuu, se ei ole helppoa.”

Kyselyyn vastanneista vain 25,2 % oli sitä mieltä, että kehitysvammaisten lasten sijoitukset eivät ole sen ongelmallisempia kuin muidenkaan lasten, mutta melkein puolet eli 41,7 % vastaajista piti kehitysvammaisen lapsen sijoitusta ongelmallisempina. Yllä olevista vastauksista voimme päätellä, että kehitysvammainen lapsi koetaan haastavammaksi ja vaatii henkilökunnalta erityisosaamista. Määttä (1981, 96) toteaa, että vammaisten ihmisten katsotaan aiheuttavan paljon lisätyötä jos heidät sijoitetaan vammattomien ihmisten joukkoon. Vammaisen lapsen arvioidaan vievän kahden paikan jos hänet sijoitetaan ”normaalien” lasten keskuuteen.

Alla olevasta kuvioista (sivulla 45) voimme verrata henkilökunnan arviota omasta ammattitaidostaan sekä heidän kokemuksiaan siitä, onko kehitysvammainen lapsi haaste lastensuojeluyksikössä. Erittäin hyvän ammattitaidon omaavat kokivat enimmäkseen kehitysvammaisen lapsen kohtalaiseksi haasteelliseksi. Hyvän ammattitaidon omaava

henkilökunta koki kehitysvammaiset lapset eniten suuresti tai kohtalaisesti haastaviksi. Kohtalasiens ammattitaidon omaavat kokivat kehitysvammaiset lapset eniten erittäin suuresti, suuresti tai kohtalaisesti haastaviksi.

Kuvio 4. Henkilökunnan ammattitaito ja kehitysvammaisen lapsen haasteellisuus
(N 126)



Sijaishuoltopaikan valinnassa tulee huomioida sijoituksen taustalla olevat tekijät ja ongelmat sekä se, miten niihin pystytään vastaamaan. On selvittävää huostaanoton taustalla olevat seikat ja huostaanoton tarpeesta johtuvat lapsen fyysiset, psyykkiset ja sosiaalisen tuen tarpeet. Sijaishuoltopaikan on vastattava niihin ongelmiin sekä lapsen hoidon ja huolenpidon tarpeisiin, jotka ovat olleet sijaishuollon perusteina (Saastamoinen 2008, 100). Lapsen vammaisuus tai pitkäaikaissairaus on tutkimusten mukaan selkeästi kaltoin kohtelun riskitekijä. Herkkyyttä lastensuojelun tarpeen tunnistamiseen tarvitaan erityisesti silloin, jos perheessä on lapsen vammaisuuden lisäksi muita kuormittavia tekijöitä (Henttonen 2009). Hiihtolan (2008, 7) tekemän selvityksen mukaan lasten huostaanottoon ryhdyttäessä ongelmat ovat olleet selvästi vaikeampia ja monimutkaisempia kuin tilanteissa, joissa lastensuojelun avohuollon asiakkuus oli

alkanut. Määttä (1981, 98) tuo esille, että jos vammaisen lapsi on joutunut toistuvasti kokemaan pettymyksiä sekä saanut puutteellista huolenpitoa, hän oppii asennoitumaan kuvitelmaan, että ”kukaan ei ole koskaan tarkoittanut minun parastani, miksi siis minun tulisi ottaa muut huomioon.”

Kyselyssäni tiedustelin lastensuojeluyksiköltä, mitä heidän mielestään pitäisi huomioida, kun ollaan sijoittamassa kehitysvammaista lasta lastensuojeluyksikköön. Vastausten joukossa on neljä niitä jotka olivat sitä mieltä, että kehitysvammaisten lasten sijoitus ei ole ongelmallisempi kuin muidenkaan lasten sekä neljä vastausta heiltä jotka kokivat kehitysvammaisen lapsen olevan haasteellisempi sijoitettava (Liite 1, kysymys 34).

”Mikäli lastensuojeluyksikössä ei ole ketään joka on saanut kehitysvamma-alan koulutuksen, tulee sijoitusta erityisen tarkasti harkita.”

”Kaikki osa-alueet pitää olla kunnossa kehitysvammaista lasta kohdatessa esimerkiksi tilat, henkilökunnan resurssit, riittävä koulutus ja oikea asenne.”

”Henkilökunnan osaaminen.”

”Riittävä koulutus ja kokemus.”

”Pitää olla oma yksikkö kehitysvammaisille, ei voi sijoittaa samaan yksikköön esimerkiksi päihde ja mielenterveys ongelmista kärsivien nuorten kanssa.”

”Henkilökunnan erityisosaamista.”

”No juuri tätä erityisen tuen tarve asiakkaalle! Normaali sijaishuolto-orientaatio ei alkuunkaan riitä, yksikössä tulisi olla kehitysvamma-osaamista tai suurta halukkuutta hankkia sitä, vaativa työalue.”

”Kehitysvammaisen lapsi tulee usein kiusatuksi muiden lasten osalta, helposti hyväksikäytettävissä.”

Tällä kysymyksellä tuon esille henkilökunnan mielipiteen siitä, mitä tulisi huomioida, kun ollaan sijoittamassa kehitysvammaista lasta lastensuojeluyksikköön. Vastausten perusteella tuli henkilökunnalla olla riittävä kehitysvamma-alan koulutus ja kokemus

sekä osaaminen. Myös riittävä henkilökuntamäärä katsottiin tärkeäksi, koska kehitysvammaisen lapsi tarvitsee tukea laaja-alaisesti.

Lastensuojelun tarve on jo pitkään keskittynyt aivan pieniin lapsiin sekä murrosikäisiin. Yleisimpiä lasten sijoitukseen johtaneita syitä ovat lapsen hoidon laiminlyönti sekä vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat. Viime vuosina pienten lasten lastensuojelutarpeen taustalla on yhä useammin ollut vanhempien päihteiden väärinkäyttö. Äitien päihdeongelmat ovat olleet kasvussa, ja yleistyvissä yksihuoltajaperheissä tämä saattaa olla kohtalokasta. Niin kauan kuin perheessä on edes yksi selviytyvä aikuinen, lasten riskit ovat pienemmät (Heikkilä 2007, 23–24). Vuonna 2008 olivat hallinto-oikeuksissa yleisimmät syyt huostaanottoon lasten tai vanhempien päihteiden käyttö (68 %), väkivaltaisuus tai väkivallan kokemus (63 %) ja mielenterveysongelmat (57 %). Näiden tulosten perusteella voidaan todeta kysymyksen olevan toisiaan ruokkivista ongelmista, ja joihin on vaikea löytää perussyitä (Kellosalo 2010).

Vammaisten lasten lastensuojelutarve jää usein vammaisuuden varjoon, ja työntekijät ovat epävarmoja puuttumaan tilanteisiin. Kehitysvammaiset lapset voivat jäädä vaille lastensuojelun kautta tarjottavia palveluita, koska lastensuojelussa ei riittävästi tunnisteta näiden palveluiden kuuluvan myös heille. Lastensuojelutarpeen selvityksen yhteydessä tuleekin huolehtia aina siitä, että vammaisen lapsen erityishuolto-ohjelmassa olevat palvelut vastaavat perheen tarvetta (Henttonen 2009.)

6.2 Kehitysvamma-alan ja lastensuojelun työntekijöiden yhteistyö

Eri alojen ammattilaiset eivät tunne riittävän hyvin toistensa toimintaa ja niitä määrittäviä lakeja. Lastensuojelutyötä tekevät saattavat kokea kehitysvamman ja siihen liittyvät lapsen kuntoutukset sekä perheen tukitoimet vieraina. Myös lapsen vamma voi leimata lapsen eikä lasta nähdä vamman takaa. Myöskään kehitysvamma-alan työntekijät eivät välttämättä tiedä tarpeeksi perheen avohuollon tukitoimista. Jos kynnys ottaa yhteyttä lastensuojeluun on korkea, riskinä on, että kehitysvammaisen lapsi ja hänen perheensä jää paitsi tarvitsemaansa lastensuojelun avohuollon tukea tai siihen ryhdytään liian myöhään (Henttonen 2009.) Kaikki lapset tarvitsevat vahvistusta tunteelle, että on

hyväksytty ja ainutlaatuinen. Liian monella lapsella tämä varmuus on kuitenkin vähäinen tai voi puuttua kokonaan (Forsberg ym., 2006, 140).

Lastensuojelussa on huomattu erityisosaamisen tarve ja sitä myöten on myös tullut kehittämishankkeita, joista yksi on ollut vammaisten lasten lastensuojelun kehittämishanke Valma. Valma-hanke on toteutunut vuosina 2004 – 2005 Honkalammen kuntayhtymän sekä viiden muun kunnan yhteistyönä. Sen tavoitteena oli kehittää vammaispalveluissa että kehitysvammahuollossa mutta myös lastensuojelussa toimivien työntekijöiden moniammatillisia toimintamalleja sekä yhteisiä työkäytäntöjä lastensuojelun toteuttamiseksi. Kehittämishankkeen taustalla olivat havainnot siitä, että vammaisten lasten lastensuojelutarpeet jäävät usein vammaisuuden varjoon ja työntekijät ovat epävarmoja siitä, miten näihin tilanteisiin tulisi puuttua. Kehitysvammaisuuden sosiaalityöntekijät puolestaan tuntevat huonosti lastensuojelulain ja sen velvoitteet. On tärkeää, että kehitysvammahuollon ja lastensuojelun työntekijät tietävät, mitä toinen osapuoli tekee, mitä tavoitellaan ja millä keinoin. Yhteistyö mahdollistaa parhaan mahdollisen tuen perheelle, ja työntekijät voivat hyödyntää toistensa ammattitaitoa (Henttonen 2009.)

Valma-hankkeen aikana vuosina 2004 – 2005 kehitettiin arviointivälineistö, jonka avulla pystytään erottamaan lastensuojelutarve vammaan liittyvistä ongelmista ja näin kyetään tukemaan lasta kaikin käytettävissä olevin toimin. Vammaisten lasten kanssa työskenteleville ammattilaisille on laadittu arviointityöväline, jonka avulla pyritään jäsentämään ja konkretisoimaan lapsen ja hänen tilanteeseensa liittyviä huolia. Lomakkeet ja kysymyslistat ovat työntekijälle apuväline, jonka avulla voi suunnata ja jäsentää havaintojaan vammaisesta lapsesta ja hänen tarpeistaan. Työntekijöiltä vaaditaan herkkyyttä lastensuojelun tarpeen tunnistamiseen erityisesti silloin, jos perheessä on lapsen vammaisuuden lisäksi muita kuormittavia tekijöitä (Oranen, 2006.) Kaikki lapset, etenkin haavoittavissa ja vaikeissa kasvuoloissa varttuneet, tarvitsevat monimuotoista kuulluksi ja nähdyksi tulemisen tapoja (Forsberg ym., 2006, 147).

Lastensuojelun sosiaalityön lasta osallistava ja huomioiva työote ei toki rajoitu pelkästään lapsen tapaamiseen ja huomioimiseen, vaan kyse on myös asenteesta, joka tunnistaa lapsen erityisaseman. On tärkeää tarjota lapselle työvälineitä ymmärtää itseään ja elämäänsä (Forsberg ym., 2006, 192). Lapsen kanssa työskennellessä on otettava aina

huomioon lapsen ikä- ja kehitystaso, myös lapsen mielipide ja toivomukset tulee selvittää ja huomioida. Pientäkin lasta voidaan havainnoida, ja nykyisin työntekijällä on käytössä paljon helpottavia apuvälineitä ja menetelmiä työskennellä lapsilähtöisesti (Kananoja ym., 2007, 141). Lapsen tiedon tavoittaminen, ymmärtäminen ja hyödyntäminen kiinnittyvät sosiaalityön ammattilaisilla vahvasti auttamispyrkimykseen. Työntekijä ei kerää lapselta tietoa itseään, tai muita ammattilaisia varten, vaan siksi, että voisi auttaa asiakkaana olevaa lasta. Lastensuojelu konstituoii omilla interventioillaan lasten hyvinvointia määritellään lapsen hyvää elämää, sen edellytyksiä, uhkia ja rajoja (Kananoja 2007, 193–195).

Kyselyssäni kysyin lastensuojeluyksikön henkilökunnan arviota siitä, kuinka usein sosiaalityöntekijä on yhteydessä lasta koskeissa asioissa lastensuojeluyksikköön. Alla oleva taulukko kuvaa lastensuojeluyksiköiden henkilökunnan ja sosiaalityöntekijän yhteydenpitoa toisiinsa.

Taulukko 8. Henkilökunnan ja sosiaalityöntekijän yhteydenpito

(N 154)	Sosiaalityöntekijän yhteydenpito lastensuojeluyksikköön
1 kerta viikossa	3,9 %
1 kerta kuukaudessa	36,4 %
1 kerta 3 kuukaudessa	30,5 %
1 kerta puolessa vuodessa	25,5 %
1 kerta vuodessa	3,9 %
	100 %
(N 153)	Lastensuojeluyksikön yhteydenpito sosiaalityöntekijään
1 kerta viikossa	10,5 %
1 kerta kuukaudessa	58,8 %
1 kerta 3 kuukaudessa	24,8 %
1 kerta puolessa vuodessa	3,9 %
1 kerta vuodessa	2,0 %
	100 %

Taulukosta (8) voimme päätellä, että lastensuojeluyksikön henkilökunta arvioi olevansa useammin yhteydessä sosiaalityöntekijään kuin sosiaalityöntekijä lastakoskevilla asioissa lastensuojeluyksikköön.

Kyselyyn vastanneista (N 86) 11,5 % oli sitä mieltä, että sosiaalityöntekijän antama ja saatu tuki on ollut erittäin hyvää, 23,0 % vastanneista oli sitä mieltä, että tuki on ollut hyvää, 54,0 % piti tukea kohtalaisena, 8,0 %:n mielestä tuki on ollut huonoa, ja 3,4 % arvioi että sosiaalityöntekijän antama tuki on ollut erittäin huonoa. Parhaimmaksi sosiaalityöntekijän antama tuki oli koettu silloin, kun sosiaalityöntekijä on ollut yksikköön yhteydessä kerran viikossa tai kerran kuukaudessa. Sosiaalityöntekijän antama tuki on koettu huonoksi silloin kun yhteydenpito on tapahtunut kerran kolmessa kuukaudessa tai kerran vuodessa.

Asiantuntijuus korostuu, kun asiakkaalla esiintyy monenlaisia arkielämän ongelmia. Vaikka sosiaalitoimiston sosiaalityö onkin lähtökohdiltaan yksilökohtaista, voivat moniongelmaiset asiakkaat kokea, että työntekijä ei kykene vastaamaan tai auttamaan oikealla tavalla heidän tarpeisiinsa nähden. Asiakkaiden tarpeiden muuttuminen ja järjestelmien, sosiaalityön ja organisaatioiden rakenteiden muutokset ovat asettaneet myös sosiaalityöntekijöille uusia vaatimuksia. Sosiaalityön asiantuntijuuden merkitys palveluohjauksessa on pienempi silloin, kun työskennellään kasvokkain normaaleissa elämäntilanteissa (Raunio 2009, 177.)

Alla oleva kuvio (5) osoittaa lastensuojeluyksikön saamaa tukea kehitysvamma-alan osaajilta.

Kuvio 5. Kehitysvamma-alan ammattilaisten antama tuki (N 87)



Lastensuojeluyksikön henkilökunnan mielestä kunnan kehitysvamma-alan osaajilta saatu tuki ei ole riittävää. Erittäin hyvänä sitä piti vain 4,6 % vastaajista, hyvänä 14,9 %, kohtalaisena 29,9 %, huonona 20,7 % ja erittäin huonona 29,9 %.

Työntekijöiden yhteistyöllä on myös merkitystä kehitysvammaisen lapsen perheelle, esimerkiksi jos kehitysvammaisen lapsi tai hänen sisaruksensa tarvitsevat kasvunsa ja kehityksensä tueksi lastensuojelun palveluita. Kehitysvammaisen lapsi vanhempineen joutuu kohtaamaan useita eri alojen ammattilaisia (Henttonen 2009). Toisaalta lastensuojelu on ollut mediassa viime aikoina myös lastensuojelun työntekijöiden ylikuormittumisen ja suurten vaatimusten vuoksi (Hiihtola 2008, 10). Vammaisen lapsen pahoinvointi ei aina kerro lastensuojelutarpeesta, mutta puuttumista vaativasta tilanteesta kylläkin. Kehitysvammaisen lapsi tarvitsee erityistä ohjausta ja monia toistoja oppiakseen uusia taitoja (Henttonen 2009).

6.3 Kehitysvammaisen lapsen osallisuus

Suomessa on viime vuosikymmenen aikana kehitetty lastensuojelun ja sosiaalityön lapsilähtöistä työskentelyä, jonka yksi tavoitteista on lapsen tekeminen näkyväksi aikuisten verkostoissa. Osallistuminen itseä koskevien asioiden käsittelyyn on lasten ihmisoikeus (Oranen 2008, 14–15). Monet lait ja sopimukset velvoittavat viranomaiset ja palvelujen järjestäjät kuulemaan lapsia sekä nuoria. On mahdollistettava lasten osallisuus niin heitä itseään koskevissa asioissa kuin suunnittelussa ja päätöksenteossa. Perustuslain 1999/731 6§:n 3. momentin mukaan lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä ja lapsella on oikeus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavalla tavalla. Myös YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen 12. artiklassa säädetään että lapsen näkemykset on otettava huomioon lapsen iän ja kehitystason mukaisesti. Vastaava säännös löytyy myös sosiaalihuollon asiakaslain 2000/812 10§:ssä (Saastamoinen 2008, 63).

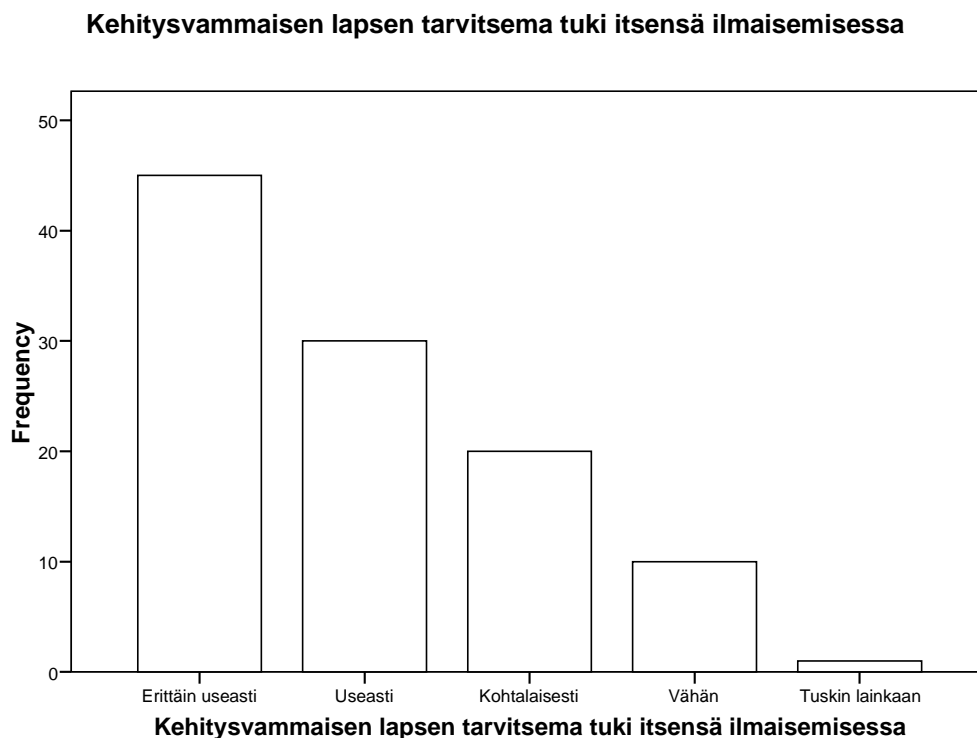
Aikuisella on suuri vastuu, kun halutaan mahdollistaa kehitysvammaisen lapsen osallisuus ja kuulluksi tuleminen. Kehitysvammaisen lapsen kuuleminen tarkoittaa lapsen tilanteen ja reagoinnin kokonaisvaltaista huomiota. Lapsen osallisuudessa on kyse siitä, miten hän voi olla mukana määrittämässä, toteuttamassa ja arvioimassa oman etunsa turvaamiseksi tehtävää työtä. Myös kehitysvammaiselle on tärkeää tunne siitä, että hänen mielipiteensä ja ajatuksensa ovat arvokkaita ja että itseään koskeviin asioihin voi vaikuttaa (Saastamoinen 2008, 63, Oranen 2008, 16.)

Mäntysaari ym., (2009) toteaa, että ihmisiä tulee sosiaalityössä kohdella subjekteina. On arvostettava ihmisten henkilökohtaisia valintoja ja vahvistettava jokaisen otetta omasta elämästään (Mäntysaari ym., 2009, 47). Sosiaalityön ammatti-ideologisessa diskurssissa korostetaan asiakkaina olevien ihmisten kunnioittamista ja itsemääräämisoikeutta (Banks 2001, 92–97, Mäntysaari ym.2009, 47 mukaan). Payne pohtii kysymystä ” Onko sosiaalityö modernia vai postmodernia?”. Sosiaalityö konstruoituu asiakastyössä ja sen kulloisessakin kulttuurisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa (Payne 2005, 15–23). Hänen mukaansa sosiaalityön keskusteluista hahmottuvat kolme lähestymistapaa, refleksiivis-terapeuttinen, sosialistis-kollektivistinen ja yksilöllis-reformistinen lähestymistapa (Payne 2005, 10).

Asiakkaan mahdollisuus saada olla osallisena ja mukana asioiden käsittelyssä on ratkaisevaa ihmisen oman identiteetin kehittymiselle (Oranen 2008, 7). Osalla kehitysvammaisia lapsia voi olla puhekyky tai mahdollisuus ilmaista itseään rajoittunutta. Kehitysvammaisella kielen kehitys saattaa usein olla viivästynyttä, tällöin varsinkin pienet lapset käyttävät kommunikoidessaan viittomia tai kuvia. Vaikeimmin kehitysvammaisista lapsista osa kykenee ilmaisemaan itseään vain ilmeillä ja eleillä, joita vain lapsen tunteva osaa tulkita. Tällöin lapsen tilanteen arvioimiseen tulee ottaa mukaan henkilö, jolla on lapsen ja perheen tilanteesta pitkäaikainen kokemus, esimerkiksi kuntoutusohjaaja tai fysioterapeutti. Lastensuojelun sosiaalityöntekijän kannattaa käyttää heidän kokemuksiaan apuna lapsen tilannetta arvioitaessa (Henttonen 2009). Lasten oikeuksia korostavan ajattelutavan (rights realm) mukaan lapset nähdään kansalaisina, joilla on samanlaiset osallisuuden oikeudet kuin aikuisillakin. Tämän taustalla on YK:n Lapsen oikeuksien sopimus (Oranen 2008, 13.)

Alla olevasta kuviosta (6) voimme nähdä lastensuojeluyksikön henkilökunnan arvion siitä, kuinka paljon kehitysvammaisen lapsi tarvitsee tukea itsensä ilmaisemisessa.

Kuvio 6. Lapsen tarvitsema tuki



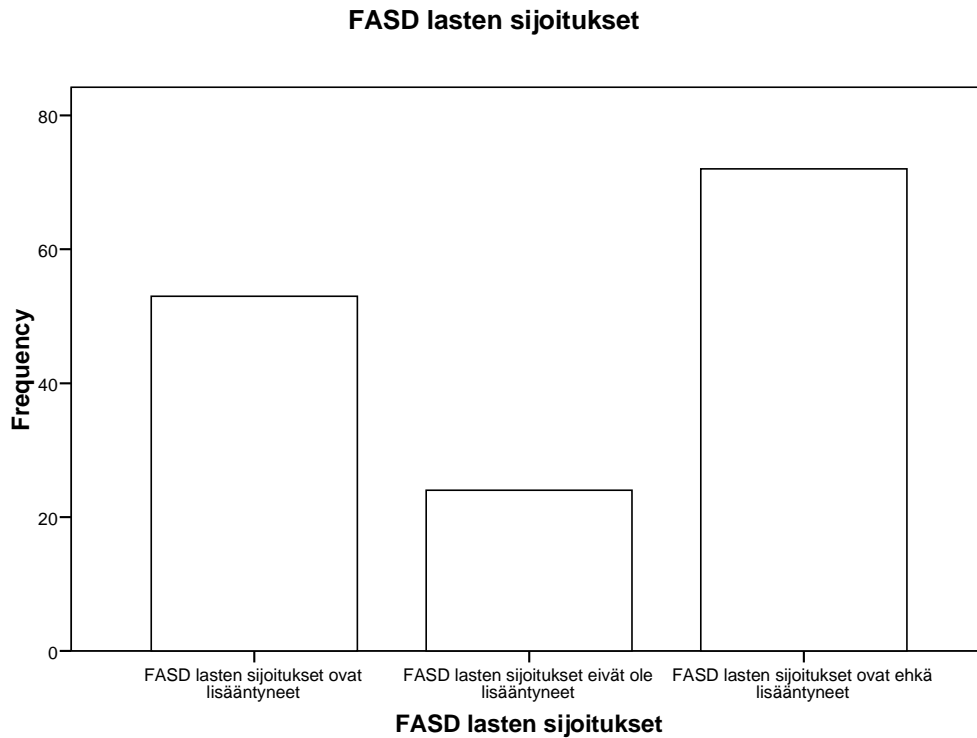
Kyselyyn vastanneista (N 106) 42,5 % oli sitä mieltä, että kehitysvammainen lapsi tarvitsee tukea itsensä ilmaisemisessa erittäin useasti, 28,3 %:n mielestä useasti, 18,9 % arvioi, että tukea tarvitaan kohtalaisesti, 9,4 % oli sitä mieltä, että kehitysvammainen lapsi tarvitsee vähän tukea, ja vastaajista vain 1 % vastasi lapsen tarvitsevan tuskin lainkaan tukea itsensä ilmaisemisessa. Kyselyssäni henkilökunta (N 128) arvioi omaa osaamistaan kehitysvammaisen itseilmaisun auttamisessa. 13,3 % piti osaamistaan erittäin hyvänä, 38,3 % hyvänä, 34,4 % kohtalaisena, 10,9 % huonona, ja erittäin huonoksi osaamisensa arvioi 3,1 %. Uskon, että jos henkilökunnalla on mahdollisuus saada koulutusta esimerkiksi puhetta tukevista menetelmistä nämä prosenttiluvut ovat pienemmät ja henkilökunta kykenee tukemaan lasta itsensä ilmaisemisessa. Tällaisia puhetta tukevia menetelmiä on esimerkiksi viittomat ja kuvakortit joilla lapsi pystyy ilmaisemaan itseään.

Lastensuojeluyksiköiden henkilökunta (N=145) arvioi omaa ammattitaitoaan työskennellä kehitysvammaisten lasten kanssa. 34,5 % vastanneista arveli oman ammattitaidon olevan kohtalainen, 33,1 % oli sitä mieltä että ammattitaito on hyvä, 18,6 % piti ammattitaitoaan erittäin hyvänä, 11,7 % huonona ja 2,1 % kuvasi omaa ammattitaitoaan työskennellä kehitysvammaisten lasten kanssa erittäin huonoksi. Tämän tuloksen perusteella yli puolet 51,7 % vastaajista arveli omaavansa hyvän ammattitaidon työskennellä kehitysvammaisten lasten kanssa. Vain 13,1 % vastanneista arveli oman ammattitaidon olevan riittämätön.

6.4 FASD -lapset

Lastensuojeluyksiköihin oli sijoitettu yhteensä 1527 lasta ja heistä 32 lapsella oli diagnosoitu ja 69 lapsella arveltiin olevan FASD.

Kuvio 7. FASD -lapset



Yllä olevasta kuviosta (7) nähdään lastensuojeluyksikön henkilökunnan arvion siitä, ovatko FASD -lasten sijoitukset lisääntyneet viimeisen viiden vuoden aikana. Vastanneista (N 149) 35,6 % oli sitä mieltä, että FASD -lasten sijoitukset ovat lisääntyneet, 48,3 % vastanneista arvioi, että sijoitukset ovat ehkä lisääntyneet, ja vain 16,1 %:n mielestä sijoitukset eivät ole lisääntyneet (Liite 1, kysymys 14).

Kun raskaana oleva nainen juo alkoholia, hän saattaa vaurioittaa kohdussa olevaa sikiötä. Alkoholi on myrkkyä, joka läpäisee istukan ja vaurioittaa sikiön kehitystä. Sikiöaikainen alkoholi-altistus voi johtaa niin oirekuvaltaan kuin vaikeusasteeltaankin hyvin

moniulotteiseen oireryhmään. Siksi uudeksi määreeksi on annettu FASD (fetal alcohol spectrum disorders). Alkoholi-altistuksen ja oirekuvan välisen yhteyden tunnistaminen on tärkeää paitsi diagnoosin varmistamiseksi mutta myös lapsen kasvu ympäristön turvaamiseksi. FASD:n alaryhmien esiintyvyyden arvioitu keskinäinen suhde on FAS (fetal alcohol syndrome), PFAS (partial fetal alcohol syndrome), ARND (alcohol related neurobehavioral disorder, ARBD (alcohol related birth defect) (Autti-Rämö ym., 2008, 501–505). Vaurioiden vakavin muoto on FAS. Syndroomalle on tyypillistä raskaudenaikainen ja sen jälkeinen kasvuhäiriö, kasvon alueen epämuodostumat ja muut neurologiset oireet (Ylitalo 1994). Suomessa FASD-ongelma on tunnistettu jo 1980-luvulla (emt.).

Oireyhtymään kuuluvat Stanley Jablonskin (MCA/MR Syndromes 1999) mukaan pään ja kasvojen poikkeavuus, pään pieni koko, pienet silmät ja kapea ylähuuli. Muita oireita ovat olleet pieni leuka, keskikasvojen vajaakasvuisuus, silmähermon kehittymättömyys, lyhyt silmäluomirako, karsastus, luomiraon ahtausta ja riippuluomuisuus, lyhyt ulospäin nouseva nenä ja matala nenänsilta, pitkä nenän ja ylähuulen väli, pienet hampaat, puutteellinen hammaskiille, kuopparinta, napa- tai palleatyrä, sormenliikkeiden rajoittuneisuus, liikasormisuus, ihon pinnan uurteiden poikkeavuus, kyynärpäähän liikkeen rajoittuneisuus, varttinä- ja kyynärluiden yhteenkasvu, vauvaiän liikakarvoitus, kynsien vajaakasvuisuus, pienet tai leveät aivopaimut, aivokurkiaisesta vajaakasvuisuus tai puuttuminen, aivojen kuultavan väliseinän onkalo, sydämen sivuääni ja eteiskammioiden väliseinän aukko, kasvun ja psykomotorisen kehityksen jälkeensä jääneisyys, vauvaiän ärtyisyys ja lapsuusajan ylivilkkaus sekä liikkeiden heikko koordinoitavuus (Viitapohja 2009.)

FAS-lapsista valtaosa on varsin sosiaalisia, mutta heiltä saattaa kuitenkin puuttua luottamus aikuisiin (Ylitalo 1994). FAS-lapsen sosiaaliset ongelmat alkavat näkyä parhaiten leikki-iässä, jolloin lapsi saattaa saada voimakkaita kiukku- ja raivokohtauksia. Lapset ovat usein ylivilkkaita, ja heitä on lähes mahdotonta saada tottelemaan (Aronson 1984). Lapsen pienikokoisuus, kasvojen poikkeavat piirteet ja muut mahdolliset epämuodostumat saattavat johtaa leimaantumiseen ja lapsi voi joutua kiusatuksi (Aronson 1984). Noin 85 %:lla FAS-lapsista todetaan lievä kehitysvamma. Tällaisten lasten kehityssennusteen kannalta tärkeintä on turvallisen kasvuympäristön varmistaminen (Kaski 2009, 90–91). 1990-luvulla Suomessa tehdyn tutkimuksen

mukaan 6 %:lla odottavista äideistä on päihderiippuvuus, mikä merkitsee sitä, että noin 3000 sikiötä vuosittain on vaaravyöhykkeessä (Vernerin 2009).

Ylitalon (1994) mukaan FAS -lapsen onnistuneella perhesijoituksella ja varhaisella kuntoutuksella on suotuisa vaikutus lapsen kehitykseen. Vaikka lapsen älyllistä kokonaistasoa ei voida muuttaa, voidaan lapsen elämän laatuun vaikuttaa ja vähentää sekundäärisiä vaikeuksia (Ylitalo 1984). Kasvatti ja adoptioperheissä olevilla FAS lapsilla on vähemmän psyko-sosiaalisia ongelmia kuin niillä, jotka asuvat biologisten vanhempiansa kanssa. Psyko-sosiaalisten ongelmien määrän on todettu riippuvan hoidosta ja kasvatuksesta (Aronson 1984).

Vaikka lapsen kannalta ihanteellinen ratkaisu olisi oman perheen olosuhteiden vakiinnuttaminen ja sitä kautta perusturvallisuuden saaminen, kuluvat lapsen ensimmäiset elinvuodet joko perhetilanteen vakiinnuttamiseen tai sijoituspaikan etsimiseen. FAS -lapsi voi joutua huostaan otetuksi useammankin kerran ja sijoitus saattaa monesti epäonnistua. Monet paikanvaihdokset taas vaikuttavat siihen, että lapsen itsetunto ei pääse kasvamaan terveeksi ja psyykkiset ongelmat vaikuttavat siihen, että lapsen itsetunto ei pääse kasvamaan terveeksi ja psyykkiset ongelmat vaikeutuvat (Martikainen 1993.)

Aronsonin (1984) mukaan FAS -lapsen huostaanotto tai adoptointi on useissa tapauksissa parempi vaihtoehto kuin biologisessa kodissa asuminen, koska lapsilla, jotka on sijoitettu ennen 6 kuukauden ikää ja jotka ovat saaneet aina asua samassa kodissa, ei ole suuria psyko-sosiaalisia ongelmia. Se, miten yksilö kokee olemisensa, riippuu pitkälti siitä, millainen suhde hänellä on muihin ihmisiin ja ennen kaikkea miten muut suhtautuvat häneen (Ladonlahti ym., 1999, 116.)

Maassamme ei ole tällä hetkellä alkoholin käytön yleisyydestä raskauden aikana tarkkaa käsitystä. 1990-luvulla Turussa tehdyn tutkimuksen mukaan 6 %:lla raskauksista äidillä oli todettu päihderiippuvuus (Rämö ym., 2008, 504). Suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten perusteella voidaan arvioida, että Suomessa syntyy noin 550 lasta (1:100), joilla on FASD (emt.). Vuosittain noin 100 syntyvällä lapsella arvellaan täyttyvän kaikki FAS -kriteerit (Heikkilä 2007, 24). Arviolta 400 lapsella tuhannesta on keskushermoston toimintahäiriö. Yhteiskunnalliset toimenpiteet, esimerkiksi alkoholin kulutuksen kasvu ja

alkoholin tuontikontrollin vähennyttyä saattavat myös lisätä syntyvien FASD -lasten määrää merkittävästi (emt.).

FAS -oireyhtymä liittyy koko raskauden tai toisen ja kolmannen raskaus- kolmanneksen läpi jatkuneeseen alkoholin suurkulutukseen. 1980-luvulla uskottiin, että riskirajana olisi ollut säännöllisesti nautittu 80 - 100 grammaa puhdasta alkoholia päivässä. Sittemmin on esitetty arvioita, joiden mukaan varsinkin äidin raskauden alkuvaiheen aikainen runsas satunnainen alkoholinkäyttö voisi aiheuttaa sikiön hermoston vaurioitumista (Viitapohja 2009). Arvellaan, että kaikista elävänä syntyneistä FAS- lapsia on 0,1 - 0,3 %. Vaikeiden alkoholistien lapsista 30 - 50 %:lla on todettu alkoholin aiheuttamia vaikutuksia ja kohtuukäyttäjien lapsista 11 %:lla. Täydellistä syndroomaa esiintyy noin 6 %:lla alkoholistiäitien lapsista (Ylitalo 1994).

Hospital for Sick Children -sairaalan Maud Rouleau kumppaneineen on tutkinut (2003) Torontossa 173 nuorta alkoholiongelmasta naista, jotka olivat raskaana tai juuri saaneet lapsen. Heillä oli normaaliväestöön nähden kuusinkertainen riski masentua, tehdä itsemurha tai kärsiä oppimisvaikeuksista tai ajautua rikollisuuteen. Äideistä 64 kertoi oman äitinsä kärsineen alkoholiongelmasta (Viitapohja 2009).

FAS -oireryhmä johtaa usein lievään tai keskitasoiseen kehitysvammaisuuteen. Amerikan kehitysvammaisten tukiliiton verkkosivuilla (The Arc's Q&A on FAS) todettiin Streissguthin ja kumppanien raporttiin (1991) nojautuen, että FAS -lasten älykkyydosamäärä vaihteli 20 - 105 pisteen välillä ja keskimääräinen ÄO oli 68 (Viitapohja 2009).

National Center for Health Statistics on ilmoittanut (7.7.2004) raskauden riskitekijätalastossaan alkoholinkäytön riskiksi 0,8 %:lla yhdysvaltalaisista odottavista äideistä. March of Dimes Birth Defects Foundation-organisaation vuoden 2000 päivitettyillä nettisivuilla FAS-oireryhmän esiintyvyydeksi USA:ssa ilmoitettiin 1/1 000 syntyvästä lapsesta. Downin oireryhmän esiintyvyys on vastaavasti 1/900. Jos arvioidaan, että 70 – 80 % FAS-lapsista olisi kehitysvammaisia, oireryhmä olisi ollut varsin merkittävä kehitysvammaisuuden syy USA:ssa. Deborah ja Druschel esittivät vuonna 2003 arvion, että noin 60 % USA:n syntymärekisteriin FAS:n vuoksi ilmoitetuista osoittautui tarkemmissa tutkimuksissa varmuudella oireiston

vammauttamiksi. Korkeimpia FAS-oireiston esiintymistiheyksiä on arvioitu olevan Venäjällä 15/1 000 (Aronson 2002) ja Kanadan Manitoballa 14,8/1 000 (Williams 1999) (Viitapohja 2009).

6.5 Lapsen osallisuus sosiaalityössä

Jotta lastensuojelussa olisi tilaa auttamiselle, ensin on oltava tilaa lapsen kertomukselle ja kokemukselle (Ketola 2008, 77). Lapsen osallisuutta ja omaa ääntä on tehostettu uudistetussa lastensuojelulaissa. Lapsen oma mielipide on aina selvitettävä lapsen iästä riippumatta, vaikka juridinen kuuleminen koskeekin vain 12 vuotta täyttäneitä lapsia (Taskinen 2007, 8). Lapsen kuulemisella tarkoitetaan lapsen kuulemista hallintolain 34§:n mukaisesti (Saastamoinen 2008, 67). Hurtigin (2003) mukaan lapsille muodostuu suojelun edellyttämä paikka, jossa hänen läsnäolonsa nähdään tärkeänä, työntekijät keräävät häntä koskevaa tietoa ja tavoittelevat lasten omia kokemuksia ja näkemyksiä joista keskustellaan vanhempien ja lapsen itsensä kanssa.

Lapsella on oikeus osallistumiseen, mielipiteensä ilmaisemiseen ja kuulluksi tulemiseen. Lapsella on myös oikeus saada tietoa häntä itseään koskevista asioista ja saada vaikuttaa niihin (Taskinen 2007, 8). Lasten kohtaamista ja heidän mielipiteensä selvittämistä ei kuitenkaan käytännössä pidetä helppona tehtävänä. Lastensuojeluinstituutioissa työskentelevät ammattilaiset ovat esimerkiksi eri mieltä siitä, että liittyvätkö lasten kuulemisen liittyvät sosiaalityön menetelmiin, lapsen edun määrittämisen vaikeuteen, byrokraattisiin tekijöihin, lasten edun määrittämisen vaikeuteen vai lasten asemaan yhteiskunnassamme. (Ikonen ym. 1997). Lastensuojelutyö ja sosiaaliala kehittyvät koko ajan, koska yhteiskunta muuttuu ja ihmiset sen mukana (Laiho 2007, 132).

Alla olevasta kuviosta (8) nähdään, että kyselyyni vastanneista (N=89) lastensuojeluyksikön työntekijöistä arvioi, että heille sijoitetuista kehitysvammaisista lapsista 39,3 % ymmärtää sijoituksensa syyn, 37,1 % lapsista ehkä ymmärtää ja 23,6 % lapsista ei ymmärrä sijoituksensa syytä (Liite 1, kysymys 29). Tutkimustulos osoittaa selvästi sen, että sijoitetulle lapselle tulee kyetä kertoa selkeästi ja yksilöllisesti miksi hän ei voi asua vanhempiensa kanssa. Uskon, että lapsen kehitystaso huomioiden ja riittävän hyvällä koulutuksella ja erilaisilla apuvälineillä kyetään kertomaan hänelle miksi hänet on sijoitettu lastensuojeluyksikköön. Kuten Forsberg (2006, 126) toteaa,

lastensuojelun sosiaalityössä on mahdollisuus lapsen aitoon osallistumiseen, kun lapsi otetaan osaksi työskentelyprosessia.

Kuvio 8. Sijoituksen ymmärtäminen



Sosiaalityössä kehitetään työkäytäntöjä monissa yhteyksissä siten, että niiden avulla olisi paremmin mahdollisuuksia selvittää lasten näkemyksiä (Forsberg ym.2006). Yksi paljon käytetty tapa selvittää lasten näkemyksiä on, että lapselle osoitetaan erityinen tila kertoa asioistaan (emt. 26). Esimerkiksi asiakastapaamisissa sosiaalityöntekijät aloittavat usein keskustelun vanhempien kanssa ja kysyvät lapselta kysymyksiä keskustelun myöhemmässä vaiheessa. Lasten aloitteita keskusteluissa on vähän ja lasten vastaukset ovat usein lyhyitä (Forsberg ym.2006, 80). Lehtinen (2000) toteaa, että vaikka lapsen kognitiiviset ja kielelliset taidot ovat kehittymättömämpiä kuin aikuisen, se ei tarkoita, ettei lapsi kykenisi osallistumaan. Jokainen yksilö on vuorovaikutuksessa sosiaalisen ympäristönsä kanssa ja samalla pätevä tuottamaan kokemuksistaan tietoa (Lehtinen 2000, 19–20). Raunio (2009) toteaa suomalaisen sosiaalityön olevan lähtökohdiltaan vuorovaikutteista sekä yhteiskunnallisessa ympäristössä tapahtuvaa toimintaa (Raunio 2009, 197). Ihmisarvon kunnioittamista pidetään itsestään selvänä sosiaalityön perustana

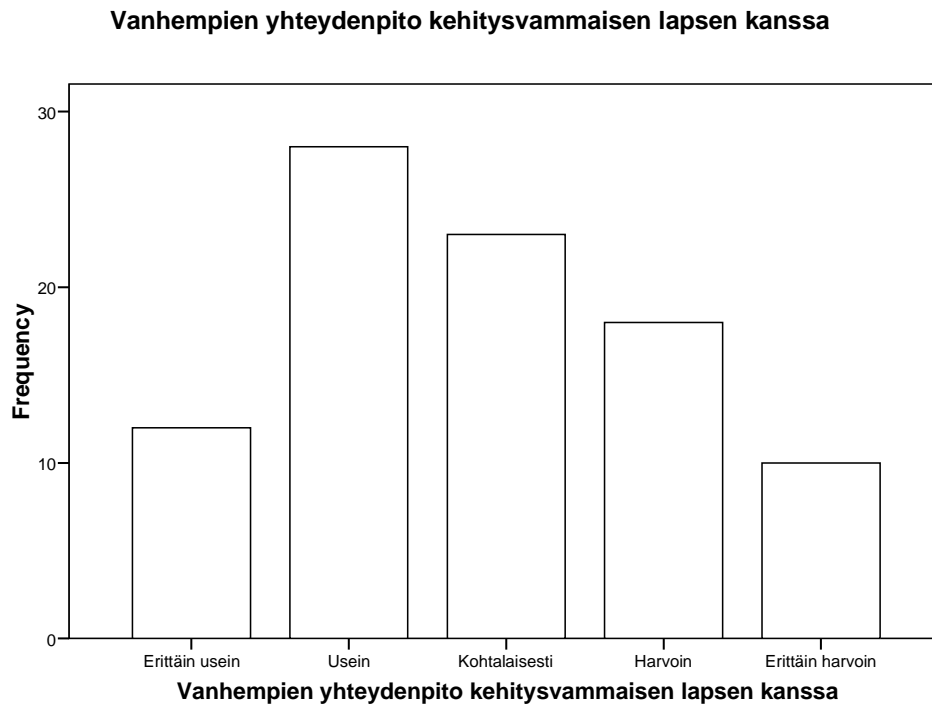
sekä ihmisarvoa toiminnan lähtökohtana. Nämä edellyttävät jokaisen ihmisen ainutlaatuisuuden kunnioittamisen ohella kaikkien ihmisten yhtäläisen arvon tunnustamista (Raunio 2009, 104–105).

6.6 Kehitysvammaisen lapsi, ihmissuhteet ja yhteydenpito

Lastensuojelulain 54§:n mukaan lapsella on oikeus tavata vanhempiaan, sisarusiaan ja muita läheisiä henkilöitä vastaanottamalla vieraita tai tapaamalla heitä sijaishuoltopaikan ulkopuolella. Myös sijaishuollossa lapselle tulee turvata hänen kehityksensä kannalta tärkeät, jatkuvat ja turvalliset ihmissuhteet. Lapsella on oikeus myös pitää läheisiin yhteyttä käyttämällä puhelinta tai lähettämällä ja vastaanottamalla kirjeitä. Lapsen sijaishuolto on järjestettävä niin, että sijoituspaikan etäisyys ei ole este yhteydenpidolle lapsen läheisiin ihmisiin (Saastamoinen 2008, 127).

Taylor (1995) toteaa, että silloin kun määrittelemme identiteettimme, käymme dialogia tärkeiden läheistemme meissä näkemien identiteettien kanssa, vaikka toisinaan taistelemme niitä vastaan. Silloinkin kun kasvamme ulos joidenkin tärkeiden läheisten, kuten vanhempiemme, vaikutuspiiristä ja he katoavat elämästämme, keskustelu heidän kanssaan jatkuu sisällämme hamaan kuolemaamme saakka. Tärkeiden läheisten antama panos määrittelee identiteettimme, ”keitä me olemme ja mistä olemme kotoisin” (Taylor 1995, 62–63). Yhteisössämme vammaisten ja vammattomien jäsenten vuorovaikutuksen ja läheisyyden lisääntyminen edellyttää todellisten kontaktien syntymistä, omien asenteiden tiedostamista, yhteisiä kokemuksia ja kieltä, jotta voimme saavuttaa sosiaalisen tasa-arvoisuuden (Määttä 1981, 105).

Kuvio 9. Lapsen ja vanhempien yhteydenpito (N 91)



Lastensuojeluyksikön (N 91) henkilökunnan arvioin mukaan 13,2 % oli sitä mieltä että vanhemmat ovat erittäin useasti yhteydessä lapseensa. 30,8 % vastasi, että yhteyttä pidetään useasti, 25,3 % kohtalaisen usein, harvoin 19,8 %, ja erittäin harvoin lapseensa piti yhteyttä 11,0 % vanhemmista. (Liite 1, kysymys 28).

Kysyttäessä, ovatko kehitysvammaisen lapsen sukulaiset tai ystävät olleet lapseen useammin yhteydessä kuin vanhemmat, vastanneista (N 87) 18,4 % arveli, että kyllä, 71,3 % ei, ja 10,3 % arvioi, että sukulaiset ja ystävät ovat kehitysvammaiseen lapseen useammin yhteydessä kuin lapsen vanhemmat (liite 1, kysymys 30).

6.7 Yhteydenpidon rajoittaminen

Yhteydenpidon rajoittamista (62§ - 63§) voidaan käyttää vain siinä määrin kuin laissa säädetyn tarkoituksen saavuttamiseksi on välttämätöntä (Taskinen 2007, 93). Yhteydenpidon rajoittamispäätös voidaan kohdistaa joko laitoshuoltoon tai perhehoitoon sijaishuoltoon sijoitettuun lapseen. Tämä tarkoittaa, että lapsen ja hänen läheisensä

yhteydenpitoa voidaan rajoittaa, mikäli lapsi on huostaanottopäätöksellä, kiireellisen sijoituksen päätöksellä tai hallinto-oikeuden väliaikaisella määräyksellä sijoitettu laitoshuoltoon tai perhehoitoon. Avohuollon tukitoimena sijoitettuun lapseen ei yhteydenpidon rajoittamista voida kohdistaa. Lapsella on myös oikeus pitää yhteyttä lastensuojelulaitosten toimintaa valvoviin viranomaisiin, lainkäyttöviranomaisiin ja ihmisoikeuksien kansainvälisiin valvontaelimiin kirjeitse tai muulla tavoin. (Saastamoinen 2008, 176.)

Sijaishuollossa olevan lapsen oikeutta pitää yhteyttä vanhempiinsa tai muihin hänelle läheisiin henkilöihin saadaan 63§:ssä tarkoitetulla päätöksellä rajoittaa, jos yhteydenpidosta ei ole voitu 30§:ssä tarkoitetussa asiakassuunnitelmassa tai erityisestä syystä muutoin sopia lapsen ja hänen vanhempansa tai muiden läheisten kanssa. Yhteydenpitoa voidaan rajoittaa myös, jos se vaarantaa lapsen sijaishuollon tarkoituksen toteuttamisen ja rajoittaminen on lapsen hoidon ja kasvatuksen kannalta välttämätöntä. Jos yhteydenpidosta on vaaraa lapsen hengelle, terveydelle, kehitykselle tai turvallisuudelle tai vanhempien tai perheen muiden lasten, perhekodin tai laitoksen muiden lasten tai henkilöstön turvallisuudelle tai 12 vuotta täyttänyt lapsi vastustaa yhteydenpitoa, sitä voidaan rajoittaa. Sama koskee myös nuorempaa kuin 12 vuotta täyttäneitä lasta, jos hän on niin kehittynyt, että hänen tahtonsa voidaan kiinnittää huomiota (Taskinen 2007, 93.)

Lapsen ja läheisten yhteydenpidon rajoittamisesta tekee päätöksen lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä. Lyhytaikaisesta, enintään 30 vuorokautta kestävästä rajoittamisesta voi päättää myös lastensuojelulaitoksen johtaja. Jos rajoittamista joudutaan jatkamaan tai se on alun perin tarpeen määrätä 30 vuorokautta pidemmäksi, päättää asiasta lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä. Yhteydenpidon rajoittamisesta on tehtävä kirjallinen päätös jossa tulee olla mainittu rajoituksen syy, henkilöt joihin rajoitus kohdistuu, millaista yhteydenpitoa rajoitus koskee, missä laajuudessa rajoitus toteutetaan ja mihin asti päätös on voimassa. Yhteydenpidon rajoitus on määräaikainen ja enintään yksi vuosi kerrallaan. Yhteydenpidon rajoitus on poistettava heti, kun se ei ole enää tarpeellinen. Yhteydenpidon rajoittamisesta saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeudelle. Muutosta saavat hakea 12 vuotta täyttänyt lapsi sekä lapsen vanhempi ja huoltaja sekä muu henkilö, jonka yhteydenpitoa on rajoitettu (Taskinen 2007, 93–94.)

Kyselyssäni (Liite 1, kysymys 32) kysyn lastensuojeluyksikön henkilökunnan (N 86) arviota siitä, kykeneekö kehitysvammainen lapsi ilmaista haluttomuutta tavata vanhempiaan. 59,3 % vastanneista oli sitä mieltä, että kehitysvammainen lapsi osaa ilmaista haluttomuuttaan tavata vanhempiaan. Ehkä vastauksen antoi 22,1 %, ja 18,6 % vastaajista arvioi, että kehitysvammainen lapsi ei osaa ilmaista haluttomuuttaan tavata vanhempiaan. Kysyttäessä henkilökunnan (N 86) arviota siitä osaako kehitysvammainen lapsi ilmaista halukkuutta tavata vanhempiaan. 75,6 % vastaajista arvioi, että lapsi kykeni ilmaisemaan halukkuutta tavata vanhempiaan, 8,1 %:n mielestä lapsi ei kyennyt, ja 16,3 % vastaajista arvioi lapsen ehkä kyenneen ilmaisemaan halukkuuttaan tavata vanhempiaan (Liite 1, kysymys 31).

Tekemästäni kyselystä ei selviä eikä tule esille rajoitetaanko kehitysvammaisen lapsen ja vanhemman tapaamisia, vaikka lapsi ilmaisisi haluttomuutta tavata vanhempiaan. Kyselyssäni oli kohta (32), jossa pyysin lastensuojeluyksikön henkilökuntaa kuvailemaan lyhyesti sitä, miten kehitysvammainen lapsi on osannut ilmaista haluttomuutta tavata vanhempiaan.

”Lapsi kertoi kokeneensa väkivaltaa kotona ja pelkäsi joutuvansa väkivallan kohteeksi uudestaan, eikä tästä syystä halunnut tavata isäänsä.”

”Jos vanhemmat ovat olleet kännissä, ei lapsi ole halunnut tavata.”

”Kehitysvammainen tyttö on kieltäytynyt tulemasta puhelimeen, mikäli äiti on soitellut humalassa.”

”Lapsi on pyytänyt hakemaan takaisin kun vanhemmat ovat olleet päihtyneitä.”

”Hyväksikäyttötapauksissa lapset ovat itse olleet hyvin vaiteliaita ja haluttomia puhumaan esim. hyväksikäyttäjää - isästä, isän näkemisen jälkeen lapset ovat oirehtineet rajusti esimerkiksi pissaamalla sänkyyn, levottomuutena ja äänekkyytenä.”

”Pahoinpitelyn uhriksi joutunut lapsi pelkää kohdata vanhempia ja menee mielellään piiloon kun aletaan puhua vanhempien tulosta”. ”jotkut osaavat ilmaista sanallisesti, tai ovat ahdistuneita.”

”Lapsi pystyy sanomaan muutamalla sanalla tai väsymällä sekä levottomuutena tai yövalvomisena.”

”Lasta on osattava kuulla, tarvittavan tuen/avun avulla.”

”Lapsi kertoo pelkäävänsä omaisia.”

”Vanhempi lapsi ikävöi kehitysvammaista äitiään, nuorempi on sanonut, että haluaa olla vain lyhyitä hetkiä äidin kanssa.”

”Lapsi sanoo, että pelkää äitiään ja ettei halua lähteä kotilomalle kun äiti on väkivaltainen.”

”Omaisten kuvaa näyttämällä lapsi on reagoanut lähtemistä esittämällä tai alkamalla itkemään.”

”Kysyttäessä kieltää halukkuuden tavata ja kuvia selatessa kääntää biologisten vanhempien kuvan pois.”

”Keskivaikeasti kehitysvammaisen nuori ja hänen kehitysvammaisen äitinsä tapaamiset ovat sosiaalitoimen rajoittamat, äidillä on päihdeongelma ja kotona on seurustelukumppaneina väkivaltaisia miehiä.”

Asiakkaan aseman turvaamisesta vaikeissa erityistilanteissa on kyse myös pakotteita ja rajoituksia koskevissa lainsäädäntöuudistuksissa. Perustuslain ja Euroopan ihmisoikeussopimuksen mukaisesti perusoikeuksien rajoittamisesta on säädettävä lain tasolla. Asiakkaan riittävästä oikeusturvajärjestelyistä on aina huolehdittava. Sosiaalihuollossa on vastikään uusittu laki lastensuojelulaitokseen sijoitettuun, huostassa olevaan lapseen kohdistettavien rajoitustoimenpiteiden osalta (laki lastensuojelulain muuttamisesta 583/2006). Tämä 1.11.2006 voimaan tullut laki parantaa selvästi

lastensuojelun asiakkaiden, erityisesti lapsen, sekä lastensuojelun työntekijöiden oikeusturvaa määrittämällä rajoitustoimivallan täsmällisesti ja tarkkarajaisesti siten, että se paremmin vastaa voimassa olevaa perus- ja ihmisoikeussääntelyä (Kananoja ym., 2006, 58–59).

Rajoituksia koskevat säännökset on sisällytetty vuoden 2008 alusta voimaan tulleeseen uuteen lastensuojelulakiin. Periaatteena yksilöön kohdistuvia rajoitteita tai pakotteita koskevaa lainsäädäntöä valmisteltaessa ja uudistettaessa on ollut, että toimenpiteiden tulee olla mahdollisimman vähän yksilön oikeuksia tai hänen elämäänsä rajoittavia. Esimerkiksi kehitysvammahuollon arjessa pakkokeinoja käytetään usein vain siksi, että kehitysvammaisten riittävä tukeminen ei ole mahdollista, koska henkilökuntaa on liian vähän. Kyse ei siis aina ole vain säännösten puuttumisesta vaan myös riittävien voimavarojen turvaamisesta (Kananoja ym., 2006, 58–59.)

Raunion teoksessa (2009, 107) Blennberger (2000) mainitsee, että ”sosiaalityössä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen kääntyy helposti siihen, että aletaankin etsiä perusteita itsemääräämisoikeuden rajoittamiselle”. Sosiaalityössä voidaan laillisin perustein rajoittaa henkilön itsemääräämisoikeutta kolmannen osapuolen etujen suojelemiseksi tai jos asiakas toiminnallaan saattaa omansa tai jonkun muun hyvinvoinnin vakavaan vaaraan. Lapsen tai nuoren itselleen vahingolliseen käyttäytymiseen voidaan puuttua lastensuojelun toimenpitein (Raunio 2009, 107–108.)

6.8 Tuki ja ammatillinen osaaminen

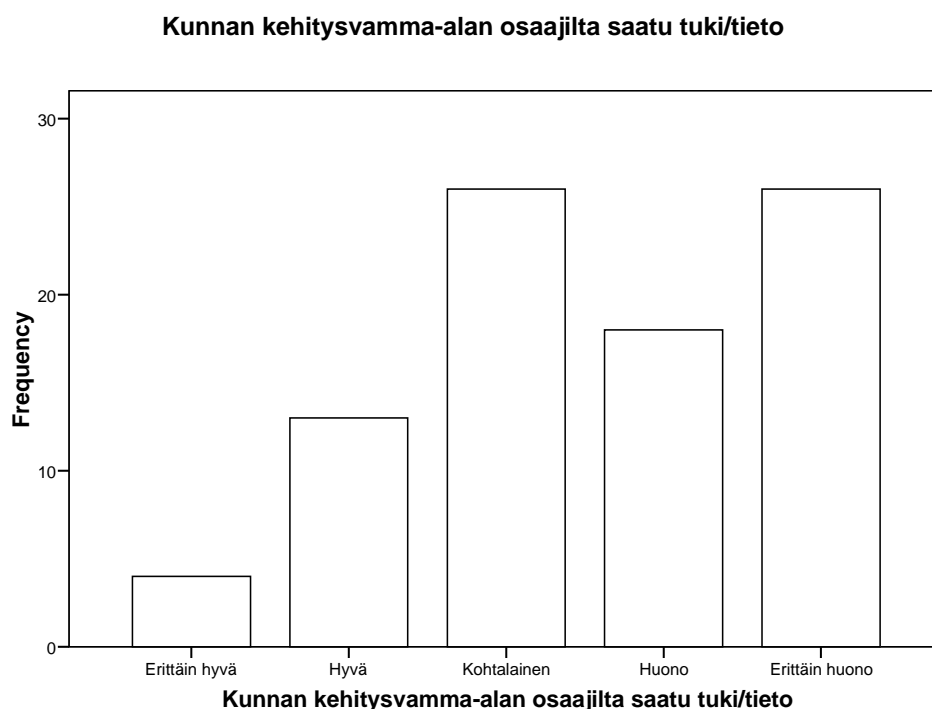
Kyselyyn vastanneet olivat lähes kaikki samaa mieltä siitä, että lastensuojeluyksikön henkilökunnalla tulee olla riittävän hyvä kehitysvamma-alan koulutus sekä osaaminen ja myös tarvittaessa mahdollisuus saada lisäkoulutusta kehitysvamma-alan osaajilta. Myös lastensuojeluyksikön tilojen soveltuvuutta kehitysvammaisella lapselle pidettiin erittäin tärkeänä. Nämä tulivat esille kysymyksessä jossa tiedustelin, mitä henkilökunnan mielestä pitäisi erityisesti huomioida, kun ollaan sijoittamassa kehitysvammaista lasta lastensuojeluyksikköön (Liite 1, kysymys 34).

”Ammattitaitoon ja osaamiseen panostettava. Seuranta, monesti kehitysvammainen lapsi ei osaa vaatia hoitajaltaan niin paljon huomiota ja virikkeitä kuin ns. terve lapsi. Nämä lapset eivät osaa pitää oikeuksistaan kiinni.”

”Lastensuojeluyksikön tilojen tulee soveltua kehitysvammaisille lapsille.”

Kyselyyn vastanneista osa painotti myös henkilökunnan oikeaa asennetta kohdata kehitysvammaisia lapsia (Liite 1, kysymys 34). Muutama vastaajista oli myös ehdottomasti sitä mieltä, että kehitysvammainen lapsi soveltuu hyvin heidän yksikköönsä sijoitettavaksi. Näiden vastaajien kohdalla myös henkilökunnan ammatillinen osaaminen oli hyvä. Vastanneista (N 145) 18,6 % piti ammatillista osaamistaan erittäin hyvänä, 33,1 % hyvänä, kohtalaisena 34,5 %, huonona 11,7 % ja erittäin huonona 2,1 % vastaajista (Liite 1, kysymys 19). Kehitysvammaista lasta piti erittäin suurena haasteena 24,6 % vastaajista, 27,7 % suurena, kohtalaisena 33,8 % ja vähäisenä 9,2 % vastaajista ja 4,6 % ei pitänyt kehitysvammaista lasta ollenkaan haasteellisena (N 130). Vastanneista lastensuojeluyksiköistä vain yksi oli sellainen jossa oli sijoitettuna pelkästään kehitysvammaisia lapsia. Heillä valmiudet ottaa kehitysvammaisia lapsia yksikköön olivat erittäin hyvät. Muutamassa kyselyssä oli mainittu erikseen, että heillä ei ole koskaan ollut sijoitettuna kehitysvammaista lasta eikä heille ole koskaan tarjottukaan sellaista mahdollisuutta. Näiden yksiköiden valmiudet vastaanottaa kehitysvammainen lapsi olivat huonoja tai erittäin huonoja.

Kuvio 10. Lastensuojeluyksikön saama tuki



Kuviosta 10 voimme tarkastella lastensuojeluyksikön henkilökunnan (N 87) arviota kunnan kehitysvamma-alan osaajilta saadusta tuesta. Vastaajista 4,6 % arvioi tuen erittäin hyväksi, hyväksi 14,9 %, kohtalaiseksi 29,9 %, huonoksi 20,7 % ja erittäin huonoksi 29,9 % vastaajista (Liite 1, kysymys 18).

Myös kunnan tarjoamat kuntoutuspalvelut kehitysvammaisille lapsille koki erittäin hyväksi 5,8 % vastaajista, hyväksi 20,8 %, kohtalaiseksi 53,3 %, huonoksi 15,0 % ja erittäin huonoksi 5,0 % vastaajista (N 120). Tuen merkitys korostui niissä vastauksissa, joissa oli sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia. Osa vastaajista oli erittäin tyytyväisiä kehitysvammahuollon tarjoamaan tukeen ja osa koki jäävänsä kokonaan vaille tukea tai tuen tarpeen riittämättömäksi. Kunnan terveydenhuoltopalveluiden saantia kehitysvammaiselle lapselle, 8,1 % vastaajista erittäin hyvänä, hyvänä 16,2 %, kohtalaisena 49,5 %, huonona 22,5 % ja erittäin huonona 3,6 % (N 111).

Kaski (2009, 358) toteaaakin, että kehitysvammalääkärien palveluja moni- ja vaikeavammaisten tutkimuksessa ja hoidossa on tarpeen lisätä ja lääkäreiden erikoistehtäväksi on asetettava toimiminen vaikeavammaisten lääkäreiden ja eri

ammattiryhmien kouluttajina. Tutkimuksessani lastensuojeluyksiköt olivat kuitenkin sosiaalityöntekijän antamaan tukeen kohtalaisen tyytyväisiä.

7. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseeni osallistuneiden lastensuojeluyksiköiden (N 171) vastauksista voin päätellä, että kehitysvammaisten lasten erityistarpeet vaativat myös kokeneilta ja ammattitaitoisilta lastensuojelun osaajilta myös kehitysvamma-alan osaamista ja asiantuntemusta. Tutkimuksessani oli kuitenkin havaittavissa myönteinen suhtautuminen kehitysvammaisten lasten sijoituksiin lastensuojeluyksiköihin, jos yksikön tilat olivat tarkoituksenmukaiset ja henkilökunnalla riittävä kehitysvamma-alan osaaminen sekä kehitysvammaiselle lapselle tarvittavat kuntoutuspalvelut saatavilla. Joidenkin vastausten perusteella oli kuitenkin havaittavissa tietämättömyyttä ja epävarmuutta kehitysvammaisten lasten soveltuvuudesta tavalliseen lastensuojeluyksikköön. Tätä ajatusta tukivat kuitenkin eniten ne lastensuojeluyksiköt, joissa ei ollut eikä ole ollut sijoitettuna kehitysvammaista lasta.

Lastensuojeluyksiköt, joissa oli tai oli ollut sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia, suhtautuivat myönteisemmin kysymykseen onko lastensuojeluyksikköne oikea sijoituspaikka kehitysvammaiselle lapselle. Kyselyyn vastanneista suurin osa painotti henkilökunnan riittävää osaamista ja halukkuutta hankkia kehitysvamma-alan koulutusta. Koulutuksella ja hyvällä asenteella uskottiin olevan suuri merkitys sille, että lastensuojeluyksikkö on toimiva ja hyvä sijoituspaikka kehitysvammaiselle lapselle. Vastaajista erittäin hyvän ammattitaidon omaavat kokivat kehitysvammaisen lapsen olevan kohtalaisen haastava ja kohtalaisen ammattitaidon omaavat kokivat kehitysvammaiset lapset suuresti haastaviksi. Kyselyyn vastanneista 25,2 % oli kuitenkin sitä mieltä, että kehitysvammaisten lasten sijoitukset eivät ole ongelmallisempia kuin muidenkaan lasten. Saamieni vastausten perusteella tärkeänä pidettiin myös riittävän tuen ja tiedon saamista kehitysvammahuollon osaajilta. Kehitysvamma-alan ammattilaisilta saama tuki ei ollut kuitenkaan riittävää ja vastaajista (N 87) erittäin hyvänä sitä piti 4,6 % ja erittäin huonona 29,9 %. Sosiaalityöntekijän antama tuki koettiin myös tärkeäksi ja siihen oltiin myös kohtalaisen tyytyväisiä.

Suomen tilastojen mukaan vuonna 1996 Suomessa oli 27 000 – 28 000 kehitysvammaista henkilöä eli noin 0,56 % silloisesta väestöluvusta. Vuonna 1996 oli kodin ulkopuolelle sijoitettu yli 11 163 lasta, mutta tiedossa ei ole kuinka monta kehitysvammaista lasta oli sijoitettu kodin ulkopuolelle lastensuojelullisin perustein.

Kasken (2009, 22) mukaan maassamme olisi arviolta yli 50 000 älyllisesti kehitysvammaista henkilöä eli noin 1,0 % koko väestöstä. Vuonna 2008 kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna 16 608 lasta. Tutkimuksessani selvisi, että 171 lastensuojeluyksikköön oli sijoitettu yhteensä 1527 lasta joista kehitysvammaisia oli yhteensä 123 lasta, eli sijoitetuista lapsista kehitysvammaisten lasten osuus oli noin 8 %. Kehitysvammaisten sijoitettujen kehitysvammaisten lasten määrä on mielestäni huomattava, jos ajatellaan, että kehitysvammaisten ihmisten suhteellinen osuus koko väestöstä on noin 1 %:n luokkaa ja 171 lastensuojeluyksikössä 1527 lapsesta heidän osuus oli jopa 8 %:n luokkaa. Tämä on asia joka mielestäni tulee huomioida tulevaisuuden sosiaalityössä ja nimenomaan lastensuojelun sosiaalityössä ja sijaishuollossa. En ole tuonut esille tutkimustulosta tyttöjen tai poikien määrästä, koska ne tiedot olivat puutteellisesti täytettyjä.

Kyselyyn vastanneista (N 154) 24 % oli myös sitä mieltä, että kehitysvammaisten lasten sijoitukset ovat lisääntyneet ja jopa 50,6 % arvioi kehitysvammaisten sijoitusten ehkä lisääntyneen ja vain 24,7 % arvioi että kehitysvammaisten lasten sijoitukset eivät ole lisääntyneet. Tämän tuloksen perusteella lastensuojeluyksikön henkilökunnan näkemys on, että kehitysvammaisten lasten sijoitusten arvellaan olevan lisääntymässä.

Lastensuojeluyksiköt joissa ei tällä hetkellä ollut sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia, arvioitiin viiden vuoden aikana olleen yhteensä 105 kehitysvammaista lasta. Yksiöissä olevien kehitysvammaisten lasten älyllinen kehitysvammaisuus arvioitiin olleen lievästä kehitysvammasta – syvästi kehitysvammaisiin lapsiin. Eniten sijoitettuna oli kuitenkin ollut lievästi tai keskivaikeasti kehitysvammaisia lapsia. Maahanmuuttajataustaisia lapsia oli yhteensä 98 kpl ja heistä kolmella oli kehitysvamma. FASD diagnoosi oli 32 lapsella ja 69 lapsella arveltiin olevan FASD. Suomessa arvioidaan syntyvän vuodessa noin 550 (1:100) joilla on FASD. Vastaajista (N 149) 35,6 % oli sitä mieltä, että FASD- lasten sijoitukset ovat lisääntyneet ja 48,3 % arvioi sijoitusten ehkä lisääntyneen ja vain 16,1 % mielestä sijoitukset eivät ole lisääntyneet. Vastausten perusteella henkilökunta arvioi myös FASD- lasten sijoitusten olevan lisääntymässä.

Kyselyyn vastanneiden lastensuojeluyksiköiden toiminnan aloitusvuosi vaihteli vuoden 1874 – 2009 vuoden välillä. Tutkimustulokseni osoitti, että lastensuojeluyksiköitä oli perustettu tasaisesti 1990-luvulle asti. Kuitenkin vuoden 1990 jälkeen lastensuojeluyksiköiden perustaminen nousi huimaan vauhtiin joka jatkui aina vuoteen

2007 saakka, suurinta yksiköiden perustaminen oli ollut kuitenkin vuosina 2005 ja 2006. Vuonna 2008 lastensuojeluyksiköiden perustaminen on kuitenkin laskenut ja vuonna 2009 yksiköiden perustaminen on samalla tasolla kuin vuosina 1874 – 1982. Kysymykseksi jää olisiko 1990 alun lamavuodet vaikuttaneet lastensuojeluyksiköiden nousuun näin nopeasti ja taloudellisen tilanteen parantuessa lastensuojeluyksiköiden perustaminen on vähentynyt.

8. POHDINTA

Tutkimusaiheeni valintaan vaikutti se, että olen työskennellyt sekä kehitysvammaisten lasten, nuorten ja aikuisten parissa että myös lastensuojelussa lasten ja nuorten parissa. Työssäni olen törmännyt kehitysvammahuollossa lastensuojeluasiakkaisiin ja lastensuojelutyössä kehitysvammaisiin asiakkaisiin.

Kuten Vehmas (2005, 169) toteaa, kehitysvammaisten ihmisten riippuvuus muista on usein sekä laadullisesti että määrällisesti merkittävämpää kuin ”normaalien” ihmisten riippuvuus toisistaan. Jäin työssäni usein pohtimaan tätä kehitysvammaisen tuentarpeen laajuutta ja omia mahdollisuuksiani tyydyttää tätä tarvetta. Mietin myös lastensuojeluyksiköihin sijoitettujen kehitysvammaisten määrää ja sitä, onko henkilökunnalla saatavilla riittävästi tietoa vaikeasti hoidettavista lapsista, esimerkiksi autistisista. Pohdin käytännön työtapoja, joilla pystyisin vastaamaan erityistarpeisiin, esimerkiksi mahdollisuutta yhdistää laajemmin henkilökunnan ja sosiaalityöntekijän asiantuntemusta.

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa olin puhelinyhteydessä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle tutkija Tarja Heinoon, Kelaan ja Perhehoitoliittoon tiedustelllessani, onko heillä tietoa kehitysvammaisten lastensuojeluasiakkaiden määristä ja sijoituspaikoista. Heillä ei ollut tilastollista tietoa, eli Suomesta puuttuvat tiedot kehitysvammaisten lasten sijoituksista lastensuojelullisin perustein. Olen positiivisesti yllätynyt, että tutkimusaiheeni kiinnosti monia tahoja. Pro gradu-tutkimuksestani on tehty muutama ennakkotilaus, mikä kertoo siitä, että tutkimusaiheeni on ajankohtainen.

Työskennellessäni niin kehitysvammahuollossa kuin lastensuojelussa olen myös itse törmännyt siihen, että olemassa olevaa osaamista ei välttämättä osata jakaa tietoa tarvitseville. Uskon, että tämän tutkimuksen perusteella olen voinut tuoda näkyville lastensuojeluyksiköiden henkilökunnan näkemyksen ja kokemuksen siitä, miten kehitysvammaisen lapsi selviytyy lastensuojeluyksikössä. Tutkimuksessa tuli selkeästi esille se, että ne lastensuojeluyksiköt, joihin oli sijoitettu kehitysvammaisia lapsia, olivat tietoisia tarvitsemastaan tuesta ja tiedosta. Yhteen kyselylomakkeeseen oli lomakkeen reunaan erikseen kirjoitettu, että sijoittavalla kunnalla ja lasta hoitavalla kunnalla on aivan erilaiset mahdollisuudet tarjota kehitysvammaiselle lapselle riittävästi tukea ja

apua. Olisi ollut hyvä kysyä lomakkeessa sijoittavan kunnan ja hoitavan kunnan välisiä mahdollisuuksia tarjota tukea ja kehitysvammahuollon palveluja kehitysvammaiselle lastensuojeluasiakkaalle. Tämä olisi varmasti oiva kysymys jatkotutkimuksessa. Kyselylomakkeessa olisi ollut relevanttia kysyä myös lastensuojeluyksikön henkilökunnan ammatillista koulutusta. Olisin vastausten perusteella voinut vertailla kehitysvammaisen lapsen haasteellisuutta ja henkilökunnan ammatillista koulutusta. Mietin olisivatko vastaukset olleet toisensa poissulkevia vai olisiko niistä voinut päätellä haasteen suuruuden niissä yksiköissä, joissa kehitysvamma-alan koulutus olisi ollut vähäinen.

Oma ammatillinen kokemus tuki tutkimuksen toteutumista ja sen tärkeyttä. Itsetutkiskelu ja henkilökohtainen reflektio ovat osa eettistä tutkimusta. Tällöin on arvioitava sitäkin, miten tutkijan tunteet ja tutkimusprosessin valinnat linkittyvät toisiinsa (Laitinen & Uusitalo 2007, 317.)

Sosiaalityössä suhde ympäröivään yhteiskuntaan tuo esille myös sen, että epäkohtia ei voida parantaa, jos niistä ei rohjeta puhua. Kuten sosiaalialan ammattilaisen eettisissä ohjeissa lukee, ”uskon, että kritiikki voi olla sosiaalityölle arvokasta, koska se antaa mahdollisuuksia uudensuunnitelmiin ajattelutapoihin” (Talentia 2005, 24). Kaskan (2009) mukaan lähivuosina henkilöstöpula muuttuu uhkakuvasta todellisuudeksi, joten sekä kehitysvammahuollon kokeneiden erityistyöntekijöiden että erikoislääkäreiden saatavuus muodostuu alkavan sukupolvenvaihdoksen aikana ongelmaksi (Kaski 2009, 361). Olemmeko muuttuvassa yhteiskunnassa valmiita resurssimaan ja huomioimaan lisääntyvän erityisosaamisen tarpeet? Onko eri toimialojen ammattitaito jaettavissa siten, että erityisosaamista voidaan jakaa sitä tarvitseville? Joudumme sosiaalityössä kohtaamaan erilaisuutta mutta myös muiden ihmisten ennakkoluuloja. Tutkimukseni osoitti, että lastensuojeluyksiköiden saama tuki ei aina ole riittävää. Lastensuojeluyksiköiden henkilökunta piti erittäin tärkeänä mieltää tarkkaan lastensuojeluyksikön sopivuutta ja henkilökunnan ammatillisuutta, silloin kun ollaan sijoittamassa kehitysvammaista lasta lastensuojeluyksikköön. Tällä uskoisin henkilökunnan tarkoittavan lasten tarvitsemaa tukea ja ammatillista osaamista mihin heillä on oikeus. Päätäjien tulee siis kuunnella henkilökunnan kokemusta ja näkemystä jotta voidaan taata lapsen saavan yksilöllistä ja oikeanlaista apua.

Sosiaalityö ammattina edellyttää laaja-alaista osaamista. Sosiaalityöntekijän tulee käyttää asiantuntemustaan ja osaamistaan yhdessä toisten ammattilaisten kanssa. Osaamisen ytimessä on sosiaalisten tilanteiden monipuolinen analysointi ja ymmärtäminen muuttuvissa olosuhteissa (Kananaja ym., 2006, 194). Sosiaalityöntekijän tulee painottaa arvioidun tiedon ja taidon vaikutusta siten, että se auttaa meitä työntekijöitä valitsemaan ne keinot, jotka auttavat meitä auttamaan asiakasta. Näyttöön perustuva arviointi rohkaisee meitä käyttämään arvioinnin rakentamia menetelmiä. Sosiaalityön arvioinnin pitäisi olla yksilöllisesti räätälöityä ja sisältää sekä henkilökohtaisen että ympäristöllisten voimavarojen etsimisen (Gambrill 2006, 309–341). Myös lapset ja nuoret itse osaavat arvioida, minkälainen on hyvä lastensuojelun työntekijä. Kivistö (2006, 79–80) liseniaatin työssään kertoo, että lapset ja nuoret toivovat työntekijältään perehtyneisyyttä ja sensitiivisyyttä, sekä aitoa läsnäoloa. Tärkeintä ovat kuitenkin luottamuksellisuus ja turvallisuus. Tällainen luottamuksellinen suhde syntyy pitkäaikaisten työntekijöiden kanssa ajan myötä. Kananaja ym. (2006, 195) toteaa, että sosiaalityön vuorovaikutus kytkeytyykin läheisesti arvokysymyksiin ja pohjimmiltaan ihmisestä välittämiseen. Sosiaalityö kuuluu niiden ammattikuntien joukkoon, jossa tavoitteena on tukea ja auttaa ihmistä hänen ongelmissaan (Mäntysaari ym., 2009, 209).

Hyvinvointivaltiomme ja erityisesti sosiaalityön tulee huomioida, että vammaisen ihmisen tarpeet ovat pääosin samanlaiset kuin muidenkin ja että vammaisella tulee olla samanlaiset mahdollisuudet niiden tyydyttämiseen. Yhteiskunnassa eläminen ei yksinään riitä turvaamaan vammaisen ihmisen hyvää elämää, vaan tarvitaan todellista inklusiota eli mukaan ottamista, joka on mahdollista vain vammaisuuden hyväksymisen, tiedon ja toimivien ihmissuhteiden varassa (Kaski 2009, 163). Suomalainen yhteiskunta on tarkoitettu kaikille, ja meidän on otettava vastuu siitä, että hyvinvoinnista huolehditaan ja tietoa lisätään. Lähtökohtana kaikille palveluille on hyvän elämän tavoite, jonka saavuttamiseen vaikuttavat merkittävästi myös elinympäristö ja muiden ihmisten suhtautuminen. Tämä tuo haastetta myös lastensuojeluyksiköissä kehitysvammaisten lasten kanssa työskenteleville. Määttä (1981) toteaa, että myös vammaisesta lapsesta kehittyy nuori kuten kenestä tahansa lapsesta. Ainoana vammaisena vammattomien joukossa eläminen ei myöskään pysty tuomaan ihmiselle selkeää käsitystä vammaisuuden olemuksesta ja vaikutuksesta omaan käsitykseen (Määttä 1981, 51).

Kuten Kaski (2009, 357) mainitsee, sosiaali- ja terveydenhuoltoon on historian kuluessa muodostunut käytäntöjä ja toimintamalleja, jotka ovat usein syntyneet käytännön tarpeista. Voimavarojen rajallisuuden tajuaminen merkitsee lähivuosina voimakasta palveluiden kehittämistä. Oleellinen haaste on löytää tasapaino kaikkien yhteiskunnan intressiryhmien välillä, ilman että kenenkään etuja väheksytään. Yhteiskuntaa ei voida järjestää vain tietyn ihmisryhmän ehdoilla (Vehmas 2005, 104). Voimme siis todeta, että vammaisten ihmisten tasa-arvoisen aseman saavuttaminen edellyttää sekä ammatillisen, että poliittisen kulttuurin muutosta (emt., 211).

Olisin hyvä aviomies ja isä

Sota pelottaa,
tapetaan ihmisiä.
Käydään ihmisten kimppuun,
ammutaan...
Ei sovi minulle.

Unelmoin tyttöystävästä,
kun olen mukava mies.

Haluaisin olla maailman
vahvin mies.
Haluaisin harrastaa
biljardin pelaamista.

Osaisin laittaa
hyvää ruokaa.
Unelmoin naimisiin menosta.
Naisen tulisi olla rakastettava,
rehellinen, romanttinen,
seksikäs, hyvä huulinen,
hyvät sääret, hienot silmät.

Olisin hyvä aviomies,
hyvä isä.

-Jarkko Virtanen-
(Rajala 1997, 79)

”Runon on kirjoittanut eräs edesmennyt herrasmies jolla oli down oireyhtymä.”
Minulla on ollut ainutlaatuinen mahdollisuus saada tutustua häneen ja tehdä loistavaa
yhteistyötä hänen ja monen muun kehitysvammaisen nuoren kanssa.

Kiitos!

9. LÄHTEET

Kirjallisuus:

Ahponen Helena (2008.) Vaikkeavammaisen nuoren aikuistuminen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 94. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Ahponen Helena (2001). Vammaisen nuoren aikuistuminen. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sosiaalityö. Lisensiaattityö, Helsinki.

Alkula Tapani & Pönttinen Seppo & Ylöstalo Pekka (1994). Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Juva.

Andersson Gunvor (2008). Utsatt barndom – olika vuxenliv ett longitudinellt forskningsprojekt om barn i samhällsvård. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Edita Västra Aros, Sverige.

Argyle Michael (1988). Social Intecration. Methuen, London Baron-Cohen, (1995) Mindblindness: an Essay on Autism and theory of mind. MIT Press, London.

Aronson Marita (1984). Children with alcoholic mothers. Reports from the Department of Pediatrics and Psygology. University of Göteborg.

Autti-Rämö Ilona, Fagerlund Åse, Korkman Marit. Artikkel: Miten tunnistat sikiön alkoholivauriot? Suomen Lääkärilehti 6/2008 vks.65. Sivut 501–505.

Banks Sarah (2001). Ethics and values in social work. (2 painos). Houndmills, Palgrave.

Bardy Marjatta (2001). Pikkulapsen sijoitus oman kodin ulkopuolelle – syrjäytymisen ja liittymisen risteyskohta. Teoksessa: Järventie Irmeli, Sauli Hannele (toim.): Eriarvoinen lapsuus. WSOY, Helsinki.

Bauman Zygmunt (1996). Postmodernin lumo. Vastapaino, Tampere.

Christensen Pia & James Allison (2008). *Researching Children and Childhood, Culture of Communication*. Teoksessa *Research with Children. Perspectives And Practises*. Christensen Pia & James Allison toim. Routledge, Britain.

Dominelli Lena (2004). *Social Work. Theory and Practice for a Changing Profession*. Printed and bound in Great Britain by MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall.

Eskola Jari & Suoranta Juha (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.

Fagerlund Asko & Niemi Veikko & Tuunainen Kari (1992). *Vammaiset kansalaiset itsenäisessä Suomessa*. Joensuun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunnan selosteita, Joensuu.

Forsberg Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen Maritta (2006). *Lapset ja sosiaalityö, kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia*. PS-kustannus, Jyväskylä.

Gambrill Eileen (2006). *Social Work Practice, A Critical Thinker`s Guide*. Second Edition, Oxford University Press.

Granfelt Riitta (1998). *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.

Harjula Minna (1996). *Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800 -luvun lopulta 1930 -luvun lopulle*. Hakapaino Oy, Helsinki.

Heino Tarja & Pösö Tarja (2003). *Tilastot ja tarinat lastensuojelun tietolähteinä*.

Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003):6. Sivut 584–596. [viitattu 10.09.2009]

Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/AD5EDA03-628F-46c8-8E22-463FCC366177/0/yp62003.pdf>.

Heino Tarja (2007). Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Työpapereita 30/2007. Stakes, Helsinki.

Heikkilä Matti & Lahti Tuukka (2007). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Yliopistopaino, Helsinki.

Henttonen Pia (2009). Kehitysvammaisten tukiliitto ry, projektipäällikkö.

Sosiaaliportti [viitattu 24.09.2009] Saatavilla www-muodossa:

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/kehitysvammaiset/kehitysvammainenlapsi/>

Hiihtola Johanna (2008). Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Lastensuojelun sijaishuollon kehittäminen Tampereella, Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pirkanmaalla -hanke. Työpapereita 21/2008 Stakes, Helsinki.

Huotari Kari & Hurtig Johanna (2008). Sosiaalityötä monitoroimassa. Palmenia, Helsinki.

Hurtig Johanna (2003). Lasta suojelemassa. Etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Acta Universitatis Lapponiensis 60, Rovaniemi.

Ikonen Inkeri, Smedberg Jari, Tulensalo Hanna, Yli-Tuina Minna & Ylänen Tiina (1997) ”Se kuuleminen on aika semmonen hämärä homma” Sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä lapsen kuulemisesta. Sosiaaliturva 15 sivut 18–20.

Jokivuori Pertti & Hietala Risto (2007). Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti, Marjamäki Pirjo, Laiho Kristiina, Sarvimäki Pirjo, Karjalainen Pekka ja Seppänen Marjaana (2007). Sosiaalityön käsikirja. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Kaukola Jukka (2000). Kohti täyttä elämää. Tutkimus kehitysvammaisista ihmisistä oman asiansa ajajina. Kehitysvammaisten Tukiliitto ry. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Karjalainen Vappu & Vilkkumaa Ilpo (2004). Kuntoutus kanssamme, ihmisen toimijuuden tukeminen. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Kaski Markus & Manninen Anja, Mölsä P. & Pihko Helena (1998). Kehitysvammaisuus. WSOY, Porvoo.

Kaski Markus & Manninen Anja & Pihko Helena (2009). Kehitysvammaisuus. WSOY oppimateriaalit OY, Helsinki.

Kemppinen Pertti (1997). Nuori minänsä vankina. Kustannusvalmennus P&K Oy, Vantaa.

Ketokivi Mikko (2009). Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Hakapaino, Helsinki.

Ketola Jari (2008). Menetyksistä mahdollisuuksiin, perhehoitoa lasten ja vanhemmuuden tueksi. WS Bookwell Oy, Juva.

Kivistö Jaana (2006). Missä mä olisin muuten? Nuorten kokemukset lastensuojelusta ja muista viranomaispalveluista. Ammatillinen lisensiaattitutkielma, Turun yliopisto.

Kotiranta Tuija 2008. Väitöskirja Aktivoinnin paradoksit [viitattu 15.05.2010] Saatavilla www-muodossa: <http://dissertations.jyu.fi/studeduc/9789513932503.pdf>

Kujala Virpi (2006). Sijoitettujen lasten biologisten vanhempien tukeminen. Päihdeongelmaisten naisten ja heidän lastensa matalan kynnyksen tukitoiminnan kehittämishanke Tampereella ja Jyväskylässä vuosina 2002 - 2005. Eevan perheprojektin hankeraportti. Sininauhaliitto ry, Helsinki.

Kuoppala Tuula & Säkkinen Salla (2009). Lastensuojelu 2008, tilastoraportti. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 15.09.2010] Saatavilla [www-muodossa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr19_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr19_09.pdf).

Känkänen Päivi & Pösö Tarja (2008). Lastensuojelulaitokset Euroopassa – tieto ja näyttö keskiössä? Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):5 [viitattu 03.09.2009] Saatavilla [www-muodossa: http://www.stakes.fi/yp/2008/5/kankanen.pdf](http://www.stakes.fi/yp/2008/5/kankanen.pdf)

Ladonlahti Tarja, Naukkarinen Aimo ja Vehmas Simo (1999). Poikkeava vai erityinen? Erityispedagogiikan monet ulottuvuudet. WSOY, Juva.

Laitinen Merja & Uusitalo Tuula (2007). Sensitiivisen haastattelututkimuksen eettiset haasteet. Janus vol.15 (4) 2007.

Lehtinen Anja-Riitta (2000). Lasten kesken. Lapsen toimijoina päiväkodissa. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä.

Lehtinen Ulla & Pirttimaa Raija (1993). Aikuiskasvatuksen suunnitelma NOVA. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä.

Martikainen Anna-Leena (1993). ”Pupulla on sarvet päässä, pupu on kuin kissa”. Leikki-ikäisten fetaalialkoholisyndroomalasten kielellisestä kehityksestä. Pro gradu –tutkielma. Logopedian ja fonetiikan laitos Oulun yliopisto, Oulu.

Metsämuuronen Jari (2009). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Mishna Faye & Antle Beverley & Regehr Cheryl (2004). Tapping the Perspectives of Children. Emerging Ethical Issues in Qualitative Research. Qualitative Social Work. Volume 3, Number 4, 2004.

Moisio Pasi & Karvonen Sakari & Simpura Jussi & Heikkilä Matti (2008). Suomalaisten hyvinvointi. Stakes, Helsinki.

Mäki Oiva. (1998). ”Toivoisin eläväni päivän kauemmin kuin lapseni”. Ikääntyneet vanhemmat ja kotona asuva kehitysvammainen lapsi. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 616. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli ja Pösö Tarja (2009). Sosiaalityö ja teoria. Kustannus, Juva.

Määttä Paula (1981). Vammaiset, suuri vähemmistö. K.J Gummerus osakeyhtiö, Jyväskylä.

Niemi Petteri ja Tuija Kotiranta (2008). Sosiaalialan normatiivinen perusta. Esa Print, Tampere.

Nygård Toivo (1998). Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Atena, Jyväskylä.

Oranen Mikko (2006). Tutkimuksia ja tunnustelua - Lastensuojelun alkuarvioinnin käytäntöjä, malleja ja kehittämissuuntia. Alkuarviointi ja avohuolto-työryhmän loppuraportti 22.03.2006. Lastensuojelun kehittämisohjelma. [Viitattu 01.09.2009] Saatavilla www-muodossa:

<http://www.sosiaaliportti.fi/File/a79d1456-1e50-4116-8815-96c6e88f21fd/Alkuarviointi%20Loppuraportti.pdf>

Oranen Mikko (2008). Mitä mieltä? Mitä mieltä? Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisessä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Lastensuojelun kehittämisohjelman osaraportti. Ensi- ja turvakotien liitto ry, Helsinki.

Payne Malcom (2005). Modern social work theory. 3 painos. Palgrave Mcmillan, London.

Pulma Panu & Turpeinen, Oiva (1987). Suomen lastensuojelun historia. Kouvolan kirjapaino, Kouvola.

Puonti Annamaija & Saarnio Tuula & Hujala Anne (2004). Lastensuojelu tänään. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Pösö Tarja (1993). Kolme koulukotia. Acta Universitas Tamperensis ser A vol 388. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, Tampere.

Raunio Kyösti (2009). Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki.

Rasi Ilkka, Lepola Esa, Muhli Arto ja Kanninen Aila (2006). SPSS 14.0 for Windows Perusteet. Oulun yliopisto university of Oulu. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Saastamoinen Kati (2008). Lapsen asema sijaishuollossa – käsikirja arjen toimintaan. Edita Prima Oy, Helsinki.

Saloviita Timo (1999). Kaikille avoimeen kouluun. Erilaiset oppilaat tavallisella luokalla. Atena kustannus, Jyväskylä.

Sennet Richard (2004). Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa. Vastapaino, Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1995). Lapsioikeudellista päätöksentekomenettelyä selvittäneen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1995:12, Helsinki.

Statistik – socialtjänst (2007:9). Barn och unga – insatser år (2006) Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik, Sverige.

Suomen ympäristöministeriö (1996). Palveluasumistyöryhmän muistio. Helsinki

Taskinen Sirpa (2008). Lastensuojelulaki (417/2007). Soveltamisopas. Stakes: Oppaita 65, Helsinki

Taylor Charles (1995). Autenttisuuden etiikka; alkuteos The Ethics Of Authenticity ilmestynyt vuonna 1991. Priima-Offset, Helsinki.

Taylor Charles (1989). Sources of the self. The making of modern identity. Cambridge University Press.

Toikko Timo (2005). Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Vastapaino, Tampere.

Tuurala Timo (2009). Sosiaalipolitiikan historia [viitattu 26.09.2009]

Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kotiposti.net/tuurala/Sosiaalipolitiikan%20historia.htm>

Vaarla Suvi (2009). FASD viittaa oireyhtymien kirjoon. Ketju 6/2009. Kehitysvamma-alan lehti. Kehitysvammaliitto ry. Hannun tasapaino Oy, Helsinki.

Vehmas Simo (2005). Vammaisuus, johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Tammerpaino, Tampere.

Viitapohja Kari (2004). Kehitysvammahuollon tietopankki [viitattu 25.09.2009]

Saatavilla www-muodossa:

<http://www.saunalahti.fi/kup/kirjat/yleishis.htm>

Viitapohja Kari (2009). Kehitysvammahuollon tietopankki [viitattu 25.09.2009]

Saatavilla www-muodossa:

<http://www.saunalahti.fi/kup/syndrome/fasd.html>

Ylitalo Veli (1994). Fetaali alkoholi syndrooma. Puheterapeutti-lehti 1/1994, 4-5.

Muut lähteet:

Arki, arvot, elämä, etiikka: Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2005. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö. Talentia ry: Ammattieettinen lautakunta. Painotalo Auranen Oy, Helsinki.

Kellosalo Jaakko (2010). Luento 20.04.2010, Hallinto-oikeuden kokemukset uuden lastensuojelulain soveltamisesta. Hallinto-oikeustuomari Jaakko Kellosalo Vaasan hallinto-oikeus. [viitattu 20.04.2010]

Perhehoito-lehti 4/2009. Perhehoitoliitto ry. Jyväskylä.

Rajala Pertti (1997). Unelmat ja pelot kasvavat lähekkäin. Kirjoituksia kehitysvammaisten unelmista ja peloista. Kehitysvammaliitto ry 1997. Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 18.02.2009] [viitattu 15.05.2010]

Saatavilla www-muodossa:

<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lapsuusperhe/lastensuojelu.htm>

Vernerit – Kehitysvamma-alan verkkopalvelu [viitattu 16.03.2010]

Saatavilla www-muodossa:

<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus.html>

<http://verneri.net/yleis/fasd.html>

Asetus Kehitysvammaisten erityishuollosta

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1977/19770988>

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Liite 1

Kyselylomake

Tammikuu 2010

Hyvä vastaaja!

Lähetän tämän kyselyn kunnallisiin sekä yksityisiin lastensuojeluyksiköihin tammikuussa 2010. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa kuinka paljon Suomessa on lastensuojeluyksiköihin sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia? Saako kehitysvammaisen lapsi riittävästi tarvitsemaansa tukea ja onko sitä saatavilla? Teidän mielipiteenne siitä, onko lastensuojeluyksikkö oikea sijoitusmuoto kehitysvammaiselle lapselle? Teidän vastauksenne on ensiarvoisen tärkeää, koska teillä on kokemus ja näkemys kehitysvammaisten lasten sijoituksesta. Pyydän teitä palauttamaan täytetyn lomakkeen oheisella palautuskuorella. Palautuskuoren postimaksu on jo valmiiksi maksettu. Toivoisin, että palauttaisitte kyselyn viimeistään 31.01.2010.

Halutessasi tarkempia tietoja pro gradu tutkimuksestani, voit ottaa yhteyttä minuun Susanna Leppänen puh. 050 330 5554 susanna.leppanen@luukku.com tai Jyväskylän yliopiston professori Mikko Mäntysaaren, mmantys@jyu.fi

KEHITYSVAMMAISET LAPSET LASTENSUOJELUYKSIKÖSSÄ

Onko lastensuojeluyksikkönne:

1. Kunnallinen

2. Yksityinen

3. Yksikkönne on aloittanut toiminnan vuonna _____

4. Yksikkönne henkilökunnan lukumäärä _____

5. Yksikköönne sijoitettujen kaikkien lasten lukumäärä _____

Yksikköönne sijoitetuista lapsista:

6. Tyttöjä _____ kpl kehitysvammaisia tyttöjä _____ kpl

7. Poikia _____ kpl kehitysvammaisia poikia _____ kpl

8. Maahanmuuttajataustaisia lapsia _____ kpl

9. Maahanmuuttajataustaisia kehitysvammaisia lapsia _____ kpl

10. Kehitysvammaisten lasten syntymävuodet: _____

11. A) Kuinka monella lapsella on FASD diagnoosi _____ lapsella

B) Kuinka monella lapsella arvellaan olevan FASD _____ lapsella

12. Jos teillä ei yksikössänne ole juuri nyt sijoitettuna kehitysvammaisia lapsia, kuinka monta heitä on ollut sijoituksessa viiden vuoden aikana? _____/lasta

13. Teidän arvionne siitä, onko kehitysvammaisten lasten sijoitusten määrä Suomessa lisääntynyt?

1 kyllä

2 ei

3 ehkä

14. Teidän arvionne siitä, onko FASD lasten sijoitukset lisääntyneet viimeisen viiden vuoden aikana?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

15. Yksikköönne sijoitettujen kehitysvammaisten lasten älyllinen kehitysvammaisuuden aste?

1	lievästi kehitysvammainen	_____/lasta
2	keskivaikeasti kehitysvammainen	_____/lasta
3	vaikeasti kehitysvammainen	_____/lasta
4	syvästi kehitysvammainen	_____/lasta

16.

A) Keskimääräinen arvionne siitä, kuinka usein sosiaalityöntekijät ovat yhteydessä sijoitusyksikköönne lasta koskevissa asioissa?

1	vähintään kerran viikossa
2	kerran kuukaudessa
3	kerran kolmessa kuukaudessa
4	kerran puolessa vuodessa
5	kerran vuodessa
6	harvemmin kuin kerran vuodessa

B) Keskimääräinen arvionne siitä, kuinka usein sijoitusyksiköstä ollaan yhteydessä sosiaalityöntekijään lasta koskevissa asioissa?

1	vähintään kerran viikossa
2	kerran kuukaudessa
3	kerran kolmessa kuukaudessa
4	kerran puolessa vuodessa
5	kerran vuodessa
6	harvemmin kuin kerran vuodessa

17. Millaiseksi kuvailisit sosiaalityöntekijän tuen olleen kehitysvammaista lasta koskevissa asioissa?

erittäin hyväksi		kohtalaiseksi		erittäin huonoksi
1	2	3	4	5

18. Oletteko saaneet tietoa kehitysvammaisuudesta kuntanne kehitysvamma-alan osaajilta?

erittäin hyvin		kohtalaisesti		erittäin huonosti
1	2	3	4	5

19. Minkälaisiksi arvioisitte ammatilliset valmiutenne kohdata kehitysvammaisia lapsia?

erittäin hyväksi		kohtalaiseksi		erittäin huonoksi
1	2	3	4	5

20. Onko lastensuojeluyksikkönne oikea sijoituspaikka kehitysvammaiselle lapselle?

erittäin hyvä		kohtalainen		erittäin huono
1	2	3	4	5

21. Missä määrin henkilökunta kokee kehitysvammaisen lapsen olevan haaste lastensuojeluyksikössä?

erittäin suuresti		kohtalaisesti		tuskin lainkaan
1	2	3	4	5

22. Missä määrin arvioitte, että kehitysvammaisen lapsi on tarvinnut enemmän tukea itsensä ilmaisemisessa ja ymmärretyksi tulemisessa, kuin muut sijoitetut lapset?

erittäin useasti		kohtalaisesti		tuskin lainkaan
1	2	3	4	5

23. Millaiseksi arvioitte oman osaamisenne auttaa kehitysvammaista lasta itsensä ilmaisemisessa?

erittäin hyvä		kohtalainen		erittäin huono
1	2	3	4	5

24. Millainen on yleisesti ottaen kuntanne tilanne tarjota kehitysvammaiselle lapselle tarvittavia lääkäripalveluja?

erittäin hyvä		kohtalainen		erittäin huono
1	2	3	4	5

25. Millainen on yleisesti ottaen kuntanne tilanne tarjota kehitysvammaiselle lapselle tarvittavia kuntoutuspalveluja?

erittäin hyvä		kohtalainen		erittäin huono
1	2	3	4	5

26. Millainen on yleisesti Teidän kokemuksenne siitä, saavatko kehitysvammaiset lapset riittävästi tarvitsemaansa tukea/apua kuntanne terveydenhuoltopalveluista?

erittäin hyvin		kohtalaisesti		erittäin huonosti
1	2	3	4	5

27. Teidän arvionne siitä, kuinka usein kehitysvammaisen lapsen vanhemmat pitävät yhteyttä lapseensa?

erittäin usein		kohtalaisesti		erittäin harvoin
1	2	3	4	5

28. Teidän arvionne siitä, ovatko kehitysvammaisten lasten vanhemmat olleet muita vanhempia harvemmin yhteydessä lapseensa?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

29. Teidän arvionne siitä, onko kehitysvammainen lapsi ymmärtänyt sitä, miksi hän ei voi asua vanhempiensa kanssa?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

30. Teidän arvionne siitä, ovatko muut sukulaiset ja ystävät pitäneet yhteyttä kehitysvammaiseen lapseen vanhempia useammin?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

31. Teidän arvionne siitä, onko kehitysvammainen lapsi osannut ilmaista halukkuutta tavata vanhempiaan?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

32. Mikä on Teidän arvionne siitä, onko kehitysvammainen lapsi osannut ilmaista haluttomuutta tavata vanhempiaan?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

jos vastasitte kyllä, kerro lyhyesti millä tavoin?

33. Mikä on Teidän mielipiteenne siitä, onko kehitysvammaisten lasten sijoitukset lastensuojeluyksikköön ongelmallisempia kuin muiden lasten?

1 kyllä 2 ei 3 ehkä

jos vastasitte kyllä, kerro lyhyesti millä tavoin?

34. Mitä Teidän mielestänne pitäisi erityisesti huomioida kun ollaan sijoittamassa kehitysvammaista lasta lastensuojeluyksikköön?

35. Kertoisitteko yksikkönne toimintaperiaatteista minulle hiukan?

Kiitos vastauksesta!
Hyvää Uutta Vuotta 2010

