

LAPSEN ASEMA LASTENSUOJELUN JA PSYKIATRIAN RAJAPINNALLA

Niina Vuoristo

Ammatillinen
lisansiaatintutkimus
Turun yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaalityö
Tammikuu 2017

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkistettu Turnitin OriginalityCheck –järjestelmällä.

TIIVISTELMÄ
Turun Yliopisto
Sosiaalityö, Hyvinvointipalvelujen erikoisala

VUORISTO, NIINA: Lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla
Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen liittyvä lisensiaatintutkimus, 105 sivua
Sosiaalityö, Hyvinvointipalvelujen erikoisala
Ohjaaja: Professori Katja Forssén
Tammikuu 2017

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa lapsen näkymisestä lastensuojelun ja psykiatrian moniammatillisen yhteistyön problematiikan keskellä. Tutkimuksessa vastataan kysymykseen ”*Millainen on lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä?*” Tutkimus on ajankohtainen liittyen SoTe-uudistukseen ja siinä erityisesti lapsiperheiden palveluiden asiakaslähtöiseen uudelleenorganisoimiseen.

Tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus, jonka analysointi on teoriaohjaava. Aineisto koostuu Turun ammattikorkeakoulun *Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla- sekä RESME-hankkeissa* tuotetuista sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten yksilö- ja ryhmähaastatteluista. Aineistoa lähestyttiin ensin aineistolähtöisesti. Aineiston avulla muodostettiin lapsen aseman määritelmä tässä tutkimuksessa. Analysointi tuotti kolme teemaa lapsen asemalle lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä: lapsen hyvinvointi, lapsen palveluihin valikoituminen ja lapsilähtöisyys. Teoriaosuudessa määritellään lapsen asemaa teoreettisesti. Tulosten raportoinnissa pyritään kuvaamaan teorioiden ilmentymistä käytännössä.

Aineistossa lapsen asema näyttöytyi ristiriitaisena. Toisaalta tiedostettiin lapsen hyvinvoinnin huomioimisen sekä lapsen osallisuuden merkitys lapsen moniammatillisessa tukemisessa. Toisaalta lapsen palveluihin valikoitumisen perusteena näyttää olevan professioiden keskinäinen kilpailu lapsen tarpeiden sijasta. Aineiston perusteella lastensuojelun ja psykiatrian ammattilaiset tiedostavat lapsen aseman heikkouden. Silti lapsilähtöisyys ja lapsen osallistuminen eivät toteudu arjen työssä.

Tutkimus tuottaa tietoa lapsen aseman parantamiseksi moniammatillisen yhteistyön keskiössä. Tarkoituksena on herättää lukijaa näkemään, että lapsi jää näkymättömäksi, kun professorit kilpailevat keskenään. Tulosten avulla on mahdollista kehittää organisaatio- ja yksilötasolla moniammatillista yhteistyötä lapsilähtöisempään suuntaan. Tulokset ovat helposti hyödynnettävissä lastensuojelun ja psykiatrian henkilöstön täydennyskoulutukseen.

Asiasanat: Lastensuojelu, sijaishuolto, psykiatria, lapsen asema, rajapintatyö

Sisällys

1. Johdanto	1
2. Tutkimuksen tausta	4
2.1 Lapsilähtöisyyden vaatimukset	4
2.2 Lapset lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa	7
2.3 Lastensuojelun ja psykiatrian palvelujen järjestäminen lainsäädännön näkökulmasta	9
2.3.1 Yhteistyö lainsäädännön näkökulmasta	13
2.3.2 Lapsen asema lainsäädännössä	16
3. Lapsen asema moniammatillisessa työskentelyssä	20
3.1 Lapsen aseman määritelmä tässä tutkimuksessa	20
3.2 Lapsen hyvinvoinnin tekijät	22
3.2.1 Vanhemmuus lapsen hyvinvointia turvaavana tekijänä	26
3.2.2 Sosiaalinen ympäristö lapsen hyvinvoinnin tuottajana	28
3.3 Lapsilähtöisyys	31
3.4 Moniammatillinen yhteistyö – asiakkaita poissulkeva rajatyö	35
3.5 Lapsi viranomaisyhteistyön keskiössä	40
4. Aikaisemmat tutkimukset lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöstä	45
4.1 Lastensuojelun ja psykiatrian palvelujen järjestäminen	45
4.2 Lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian yhteiset asiakkaat	47
4.3 Lapsen asema viranomaistyöskentelyssä	49
5. Tutkimuksen toteutus	54
5.1 Tutkimusaineisto	54
5.2 Aineiston analysointi	56
5.3 Tutkimusetiikka	59
6. Lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä	61
6.1 Lastensuojelun ja psykiatrian palvelut lapsen hyvinvoinnin turvaajina	62
6.2 Palveluihin valikoituminen - lapsi rajatyön risteyksessä	68
6.3 Lapsilähtöisyys lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa	79
7. Johtopäätökset	86
8. Pohdinta	91
Kirjallisuus	94

1 Johdanto

*”Jos jotakuta säikäyttää kovin usein,
hän muuttuu helposti näkymättömäksi.
Säikäytteleminen ei ole vaikeaa,
mutta miten saada näkymätön jälleen näkyväksi?”*

Jansson, Tove 1962

Lastensuojeluun sijoitettujen lasten taustat ovat usein hyvin traumaattiset. Lapset ovat kohdanneet kaltoinkohtelua ja heidän perushoitonsa on jäänyt puutteelliseksi. Erityisesti lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa olevat lapset ovat tällaisia ”säikäytettyjä” lapsia, jotka tarvitsevat tiivistä, moniammatillista tukea. Näiden lasten moninaiset ongelmat estävät heidän osallistumistaan, eivätkä he saa samalla tavalla voimaantumisen kokemuksia kuin paremmin voivat lapset.

Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyön ongelmista keskustellaan käytännön työssä, samoin erilaisissa selvityksissä tiedostetaan yhteistyön ongelmat. Tämän tutkimuksen tarkoitus on nostaa esille lapsi tässä yhteistyön problematiikassa. Moniammatillisen tuen vaikuttavuutta lisäisi lapsen näkeminen aktiivisena toimijana omissa asioissaan. Ovatko nämä moniongelmaiset lapset lastensuojelun ja psykiatrian työntekijöiden ajatuksissa, näkyvinä heidän puheissaan? Mitä lapsen asemaan liittyviä teemoja asiantuntijat tuottavat omassa puheessaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöstä?

Lapsen asema lastensuojelussa on ajankohtainen asia yhteiskunnassa. Yksittäiset traagiset tapahtumat tuottavat tunnekuohuja kansalaisille sekä ammattilaisille. Tapahtumien esiin tuleminen nostaa esille tarpeen arvioida palvelujen laatua ja esimerkiksi lapsen asemaa; millä tavalla lapsen osallisuus toteutuu ja tuleeko lapsi kuulluksi, vai määrittelevätkö aikuisten tai viranomaisten puheet lapsen tilanteen arvion. Lapsiasianvaltuutettu on ottanut kantaa lapsen kuulemisen parantamiseen. Lastensuojelun laatusuositus ja lastensuojelun selvitystyöryhmä korostavat lapsen osallisuutta asioissaan. Sijoitetut lapset ja nuoret esittävät toiveen, että nuorten ja

aikuisten välistä vuorovaikutusta lisättäisiin, kuulluksi tulemista parannettaisiin ja päätökset perusteltaisiin nuorille. (STM 2013a; STM 2013b; Vario ym. 2012.)

Lastensuojelun asiakkaiden ja huostaanottojen määrä on kasvanut vuosia, samoin lasten- ja nuorisopsykiatrian potilasmäärät. Tällä hetkellä on näkyvissä huostaanottojen ja psykiatrian potilasmäärien lievä lasku. Usealla lapsella ja nuorella on kuitenkin yhteinen asiakuus lastensuojelussa ja psykiatriassa. Näiden tahojen saumaton yhteistyö ja lapsen pitäminen työskentelyn keskiössä tukisi lasta tehokkaasti ja lapsen edun mukaisesti. Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä on koettu ongelmia, mutta siitä huolimatta asiaa ei aiemmin ole juurikaan tutkittu tai pyritty kehittämään toimivia työkäytäntöjä.

Turun ammattikorkeakoulu on pyrkinyt vastaamaan tähän kehityshaasteeseen kahdella hankkeella. Ensimmäisessä, Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeessa (2010–2011), selvitettiin asiantuntijoiden näkemyksiä psykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöstä sekä lasten ja vanhempien kokemuksia saamistaan lastensuojelun ja psykiatrian palveluista. Resme (On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment, 2012–2015) oli kansainvälinen hanke, joka kartoitti eri maiden lastensuojelun ja psykiatrian palveluita, palveluita ohjaavaa lainsäädäntöä sekä hyviä käytäntöjä. Lisäksi Resmessä toteutettiin täydennyskoulutus lastensuojelun ja psykiatrian henkilöstölle. (Resme; Timonen-Kallio & Pelander 2012.)

Lasten ja nuorten sosiaali- ja terveystalvelujen suurimmat kustannukset muodostuvat lastensuojelun sijaishuollon sekä lasten ja nuorten psykiatrian menoista, jotka yhdessä kattavat 58% kaikista kustannuksista (STM Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016, diaesitys.) Näiden palveluiden kehittäminen ja uudelleenorganisointi on merkittävä sekä kustannussyistä että asiakasnäkökulmasta. SoTe-uudistuksen toivotaan vastaavan ongelmiin, joita syntyy sosiaali- ja terveystalveluiden sijoittumisesta eri hallintokuntiin. Organisaatiotasolla yhtenäinen johto ja budjetti yhdistänee näitä pirstoutuneita sektoreja. Sektoritason yhdistyminen ei vielä tuota automaattisesti asiakkaan oikeuksien paranemista. Lasten ja lasiperheiden aseman parantamiseen paneudutaan Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (LAPE).

Tähän tutkimukseen liittyvässä tiedonhaussa tuli ilmi, että lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyötä on tutkittu vähän. Kansainvälisesti ja kansallisesti on kartoitettu sijaishuoltoon sijoitettujen lasten ja nuorten psyykkisten ongelmien esiintyvyyttä. Tiedonhaun perusteella lastensuojeluasiakkuudessa olevan lapsen asemaa on tutkittu

jonkin verran, sen sijaan psykiatrisista ongelmista kärsivien lasten asemaa ei ole juuri tutkittu (LeFrancois & Coppock 2014, 165). Resme-hanke tuotti uutta tutkimustietoa lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöstä ja hyvistä käytännöistä kansainvälisesti. Tässä tutkimuksessa on tavoitteena selvittää, millä tavalla lapsi huomioidaan moniammatillisessa työssä. Tutkimus keskittyy sijaishuollon laitoshoitoon sijoitettujen lasten asemaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä.

Tutkimuksessa etsitään vastausta kysymykseen ”Millainen on lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä?”. Tutkimuksen johtava teema, lapsen asema, on haastava määrittellä. Tämän vuoksi lapsen aseman määrittelyssä käytetään apuna aineistosta nousseita teemoja; lapsen hyvinvointi, palveluihin valikoituminen ja lapsilähtöisyys.

Tutkimusraportti etenee tutkimuksen taustoituksesta tutkimustuloksiin. Tutkimusraportin toisessa luvussa kartoitetaan tutkimuksen taustalla olevia tilastoja ja lainsäädäntöä sekä lapsen asemaa määrittelevää ohjeistusta. Kolmannessa luvussa pyritään määrittelemään tämän tutkimuksen teoreettinen tausta. Tutkimus etenee aineistolähtöisesti, aineistossa puhuttiin paljon lapsen hyvinvoinnista ja siitä, kenen siitä tulisi vastata. Tämän vuoksi lapsen aseman yhdeksi tärkeäksi määrittäjäksi tässä tutkimuksessa nousi lapsen hyvinvointi. Lapsen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä nostetaan esille kiintymyssuhde, joka tuli esille aineistossa. Lapsen ollessa lastensuojelun ja psykiatrian palvelujen piirissä, lapsen kasvupiiri laajenee. Kolmannessa luvussa käsitellään lapsen sosiaalisen ympäristön merkitystä hyvinvoinnin tuottajana.

Yhteiskunnallinen kehitys on lopultakin saavuttanut näkemyksen lapsista subjekteina, mikä asettaa lapsilähtöisyyden kaiken yhteiskunnan lapsiin kohdistaman toiminnan perustaksi. Kolmannen luvun tarkoitus on esittää, mitä lapsilähtöisyydellä ymmärretään tässä tutkimuksessa. Moniammatillisuus ja lapsen erityinen asema moniammatillisessa työskentelyssä päättävät kolmannen luvun. Alan kirjallisuudessa on esitetty konkreettisestikin, millä tavalla lapsi tulisi parhaalla mahdollisella tavalla huomioiduksi ja osalliseksi viranomaistyöskentelyssä. Toisaalta tutkimukset osoittavat, että näin ei kuitenkaan tapahdu käytännössä.

Tätä tutkimusta koskevassa raportoinnissa yhdeksi haasteeksi nousi aikaisemman tutkimuksen puute lapsen asemasta lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä. Aikaisempaa tutkimusta kuvaavassa luvussa neljä onkin lähestytty lapsen asemaa yleisesti viranomaistyöskentelyssä tai lastensuojelussa, ei erityisesti lastensuojelun ja

psykiatrian yhteistyössä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella lapsen asemaa määrittelee merkittävästi ymmärrys lapsen osallisuudesta ja osallisuuden toteuttaminen käytännön työssä.

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjasi tässä tutkimuksessa käytössä ollut valmiiksi litteroitu aineisto. Aineistolähtöinen analysointi tuotti teemat, joiden pohjalta valikoitui teoreettinen taustoitus sekä tutkimustulosten raportoinnin rakenne. Tätä prosessia kuvataan luvussa viisi.

Tutkimustuloksia raportoidaan luvussa kuusi alateemojen avulla. Lapsen asema näyttää ristiriitaiselta. Asiantuntijat ovat huolissaan lasten hyvinvoinnista ja tiedostavat, mitkä ovat lapsilähtöisen työskentelyn esteet. Toisaalta haastateltavien käytännön kokemukset osoittavat, että lapsi on välillä vain pelinappula, jonka hyvinvoinnista kukaan ei halua ottaa vastuuta, eivätkä toimintatavat ole lapsilähtöisiä.

Raportin lopussa meillä on toivottavasti vastaus myös siihen, ovatko nämä lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa olevat lapset näkymättömiä ja millä tavalla heidät voitaisiin saada taas näkyviksi. Tavoitteena on tuottaa myös näkökulmia siihen, millä tavalla lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian työntekijät voisivat omilla toimillaan parantaa lapsen asemaa.

2 Tutkimuksen tausta

2.1 Lapsilähtöisyyden vaatimukset

Lähtökohtana lapsen aseman painottamiselle on lapsikäisyyden muuttuminen. Lapsikäisyyden muuttuminen liittyy yhteiskunnassa tapahtuneeseen yleiseen yksilöllistymisprosessiin, jonka viimeisessä vaiheessa myös lapset on huomioitu. Perinteisessä näkökulmassa on painotettu vanhempien vastuuta lapsista, ja vanhempien oikeudet ovat olleet ensisijaisia lasten oikeuksiin nähden. Seuraavassa vaiheessa on painotettu yhteiskunnan vastuuta lasten suojelemisessa. Nykyisessä liberaalissa näkökulmassa lapsilla tunnustetaan olevan subjektiiviset oikeudet, joiden yhtenä muotona on lapsen oikeus osallisuuteen hyvinvointipalveluissa. Myös lapsuustutkimus on tuottanut uuden lapsuuskäsityksen, joka siirtää näkökulman lapsista autettavina lapsiin

aktiivisina. Samalla lapsilla on ristiriitainen asema: he tarvitsevat suojelua ja hoivaa, toisaalta heidät nähdään aktiivisina toimijoina. Molempiin heillä on myös täysi oikeus. (Forsberg ym. 2006, 6–8; Hurtig 2006, 168, 191; Hurtig 2003, 35; Hegar 1989, 108–113; Kouvonen 2012, 14, 21.) Ristiriita on merkittävä erityisesti ns. vaikeasti hoidettavien lasten kohdalla, jollaiseksi lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa olevat lapset voidaan katsoa. (Kouvonen 2012, 18).

Lasten ja vanhempien välisissä suhteissa painotettiin ennen toista maailmansotaa vanhempien auktoriteettiasemaa suhteessa lapseen. Vanhempien ensisijaisena tehtävänä oli lasten kasvattaminen hyviin käytöstapoihin. Tähän liittyy sosialisointin käsite, jonka mukaan vanhempien tärkeä tehtävä on lapsen kasvattamisen ”yhteiskunnan toimintakykyiseksi jäseneksi”. Sosialisointin käsite jättää lapset passiiviseen rooliin, jossa heidän asemansa on vasta kasvaa yhteiskunnan täysivaltaiseksi jäseneksi sen sijaan, että he jo olisivat sitä. Toisen maailmansodan jälkeen kasvatuskulttuuri muuttui empaattisemmaksi ja ohjaavammaksi: lasten kanssa huvittelu ja leikkiminen tulivat vanhempien tärkeäksi tehtäväksi. (Alanen 2009, 17; Timimi 2010, 691.)

Lapsuustutkimuksen kehityksen myötä on tunnistettu lasten elämän koostuvan laajemmasta piiristä kuin lapsen omat vanhemmat ja muut kasvattajat. Bronfenbrenner (1979) kehitti lapsen ekologisen kasvun teorian 1970-luvun lopulla. Teoriassa kuvailaan lapsen elämään vaikuttavina tekijöinä lapsen vanhempien lisäksi esimerkiksi vanhempien työpaikat. Teoriassa nähdään myös lapsen ympärillä olevien aikuisten vuorovaikutuksen sekä laajemmin yhteiskunnan merkitys lapsen kehitykseen. Lapsuussosiologiassa puhutaan sukupolvijärjestyksestä, joka näkee erityisesti yhteiskunnan merkittävässä roolissa kulloisenkin lapsuuskäsityksen muodostumisessa. Toisaalta on tärkeä nähdä vaikutussuhteet myös toisin päin, lapsilla on oma roolinsa yhteiskunnan kehityssuuntiin. (Alanen 2009, 12–13, 22.)

Lasten oikeuksien sopimus, lainsäädäntö, ammattietiikka ja erilaiset suositukset ohjaavat lasten kanssa työskentelyä lapsilähtöiseen suuntaan. Lasten oikeuksien sopimus edellyttää yhteiskuntaa edistämään lasten hyvinvointia ja osallisuutta (Hämäläinen 2011, 56–57). Lasten oikeuksien sopimuksen mukaisesti lasta koskevassa päätöksenteossa tulee toimia niin, että lapsen etu tulee huomioiduksi. Sopimuksen mukaisesti lapsella tulee olla oikeus ilmaista omat mielipiteensä, jotka tulee huomioida hänen ikänsä ja kehitystasonsa mukaisesti. Lapsella on myös oikeus saada tietoa. (LOS 20.11.1989.) Myös Suomen perustuslaissa todetaan, että lapsen tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystasonsa mukaisesti (Perustuslaki 731/1999, 6§).

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön lähtökohtana on asiakkaan, kuten lapsen, osallisuus ja itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Lastensuojelulaki (417/2007) korostaa useissa yhteyksissä lapsen asemaa lastensuojelun asiakkaana. Luku neljä (20–24§) määrittelee erityisesti lapsen oikeudet tulla kuulluksi ja käyttää puhevaltaa itseään koskevista asioista koko lastensuojeluprosessin aikana.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työssä on läsnä etiikka, joka myös ohjaa asettamaan asiakkaan työskentelyn keskiöön. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kummallakin omat eettiset ohjeensa. Molemmissa painotetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osallistumisoikeutta. Etiikan rooli on merkittävä erityisesti lapsen osallisuuden turvaamisessa lastensuojeluprosessin eri vaiheissa (Pölkki ym. 2012, 122). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on tehnyt lisäksi erilliset suositukset etiikan toteutumiseksi lasten ja nuorten kohdalla. Suosituksissa lapsen edun toteutumisen katsotaan toteutuvan lapsen aidon kuulemisen kautta. Aito kuuleminen toteutuu aidoissa kohtaamisissa, joissa lapsen tilanne määrittyy hänen elämänsä lähtökohdista palvelujen ohjaaman määrittelyn sijasta. Sektoreiden toimiva yhteistyö rakentuu asiakkaan näkökulmasta parhaiten silloin, kun lopputuloksena on yhteisvastuu asiakkaiden tilanteesta. (ETENE 2001; ETENE 2011; ETENE 2013; TALENTIA 2013.)

Lastensuojelun laatusuosituksen (STM 2013a) ja lastensuojelun selvitystyöryhmän (STM 2013b) vahvasti esiin nostama asia lastensuojelun laadun ja toimivuuden näkökulmasta on asiakkaan, lapsen, etu lastensuojelun asiakkuudessa. Työskentelyn lähtökohtana tulee olla lapsen ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittaminen, jotka ovat sosiaali- ja terveysalan eettisiä periaatteita. Lapsen etu näkyy oikeudenmukaisena, avoimena, luotettavana, ja lapsen turvallisuutta korostavana työskentelynä. Asiakkaiden kohtaamisessa vuorovaikutuksen tavoitteena on välittämisen osoittaminen. Lasten ja nuorten kanssa työskentelevien tulee olla tietoisia omasta vastuustaan ja velvollisuuksistaan lapsen kasvun tukemisessa. (STM 2013b.) Käytännössä Suomessa vielä etsitään linjaa, jossa huomioidaan sekä lapsen asema että säädellään yksityiskohtaisesti lastensuojelun toimintaa (Kouvonen 2012, 60).

2.2 Lapset lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa

Vuoden 2015 aikana Suomessa on ollut huostassa 10 501 lasta, mikä vastaa noin yhtä prosenttia koko väestön alle 18-vuotiaista lapsista. Huostassa olleista lapsista 25 % oli 31.12.2015 sijoitettuna laitoshoitoon, perhehoitoon oli sijoitettu 56 %. (THL 2016b.). Kuusikkokunnissa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Oulu) vuoden 2015 aikana uusista huostaanotetuista lapsista 49,3 % oli 13–17-vuotiaita. Valtakunnallisesti koko väestöön suhteutettuna 16–17-vuotiaita oli enemmän huostassa kuin nuorempia ikäluokkia. (Ahlgren-Leinvuo 2016, 27.; THL 2016b.)

Lasten- ja nuorisopsykiatrian sairaalahoidossa oli 3211 alle 18-vuotiasta potilasta vuonna 2014. Avohoidon potilaita oli yhteensä 35 934. Koko väestön alle 18-vuotiasta lapsista noin 9 % oli psykiatrian palveluiden piirissä. Kuten lastensuojelussakin, nuorten, 13–17-vuotiaiden osuus alaikäisistä asiakkaista on suurin. Nuorisopsykiatrian sairaalahoitajaksot ja avohoitokontaktit ovat kasvaneet vuoteen 2008 asti. Vuodesta 2011 vuoteen 2014 alle 18-vuotiaiden osastojaksojen määrä on laskenut, mutta avohoitokontaktien määrä on noussut. Alle 13-vuotiaiden lasten yleisimmät diagnoosit olivat käytös- ja tunnehäiriöt. Nuorten, 13–17-vuotiaiden, yleisimmät diagnoosit olivat masennus ja muu ahdistuneisuushäiriö. (THL 2015b, 6–7, THL 2016a 11–14.)

Yli 60 %:lla sijoitetuista lapsista arvioidaan olevan mielenterveysongelmia ennen sijoitusta, mutta joka kolmas lapsista ei ole saanut tarvitsemiaan mielenterveyspalveluja (Heino ym. 2016, 72–73, 81). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan sijoitetuilla lapsilla on enemmän erilaisia terveysongelmia, mutta yleisten terveyspalvelujen käyttö on ollut puutteellista ennen sijoitusta (Köhler, M. ym. 2015, 508). Laukkasen ym. (2013) tutkimuksen mukaan sijoitetuilla lapsilla on ollut jo ennen sijoitusta muita lapsia enemmän psykiatrian osastojaksoja. Tutkimuksen mukaan sijoitetut tytöt olivat käyttäneet mielenterveysongelmiin liittyviä lääkkeitä merkittävästi enemmän kuin vanhempiensa kanssa asuvat tytöt.

Sijaishuollossa olevien nuorten psykiatrisen hoidon tarvearviot vaihtelevat noin 50 %:sta yli 90 %:iin, mutta tarvitsemaansa avohoittoa saa vain 48 % lapsista. Sijoitettujen lasten yleisimmät oireet ovat käytös- ja päihdehäiriöt sekä depressiot, osalla nuorista on myös psykoottisia oireita. Soveltuva sijoituspaikka ja tarkoituksenmukaiset hoitokeinot ehkäisevät sijoitettujen lasten aikuisiän ongelmia, kuten mielenterveysongelmia. (Pylkkänen & Marttunen 2010; Kiuru & Metteri 2014.) Vaikeasti hoidettavien nuorten yksikössä, Niuvanniemessä, sijoitettujen lasten osuus hoidettavista potilaista oli 75 %

Paakkosen (2012, 75) tutkimuksen mukaan. Tyypillistä oli, että näillä lapsilla oli taustalla useita sijoituspaikkoja.

Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä tärkeä ratkaistava asia on se, millä keinoin autetaan esimerkiksi käytöshäiriöistä lasta, jolla ei välttämättä ole psykiatrasta diagnoosia, mutta jonka tukemiseksi lastensuojelulaitoksen henkilökunta ei koe oman osaamisensa ja voimavarojensa riittävän. Psykiatrinen hoito pyritään järjestämään entistä enemmän avohoidossa laitoshoidon sijasta (Metteri & Hotari 2011, 79). Käytännössä sijoitettujen lasten kohdalla tämä tarkoittaa uusia haasteita sijaishuollon henkilökunnalle, kun lapsen hoito tapahtuu ensi sijassa lapsen elinympäristössä, lastensuojelulaitoksessa. Laitokset ovat paikanneet kunnan puutteellisia psykiatrian palveluja palkkaamalla erityishenkilökuntaa (Heinonen 2011, 20). Lastensuojeluun on lisätty psykiatrasta osaamista erityisesti lastensuojelulain (417/2007) mukaisen erityisen huolenpidon järjestämisen muodossa.

Pösön (2004) koulukotitutkimuksen mukaan psykiatrinen ja muu lääketieteellinen tutkimus ja hoito ovatkin usein lastensuojelutyön rinnalla koko lasta koskevan prosessin ajan. Psykiatrian asiakkuus jatkuu avohuollosta sijaishuoltoon, jälkihuoltoon ja vielä lastensuojeluasiakkuuden päättymisen jälkeenkin.

Heino ja Johansson (2010) ovat tutkineet huostaan otettujen lasten ja nuorten myöhempää selviytymistä koulutuksen, työelämän ja perheen suhteen. Laitoshoitoon nuorena sijoitetuista 50 % opiskelee 18-vuotiaina. Perhehoitoon sijoitettujen osalta vastaava määrä on kolme neljäsosaa. Laitoshoitoon teineinä sijoitetuista pojista 80 % on vailta peruskoulun jälkeistä tutkintoa 23–24-vuotiaina, tytöistä 75 %. Yhteiskuntaan kiinnittymisen (palkkatyö, perhe, asepalvelus, opiskelu) suhteen huonoimmassa asemassa ovat myös laitoshoitoon teininä sijoitetut pojat, joista puolet ei ole yhteiskunnan rekistereissä tai ovat eläkkeellä tai työttömänä. (Heino & Johanson 2010, 266–287.) Tilastot huomioiden tähän myöhempään selviytymiseen vaikuttavasti myös sijoitettujen lasten psykiatriset ongelmat. Kelan työkyvyttömyyseläkettä sai 31.12.2015 yhteensä 11 178 nuorta (16–29-vuotiaista) mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella (http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet). Näistä osa lienee lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa olleita nuoria.

2.3 Lastensuojelun ja psykiatrian palvelujen järjestäminen lainsäädännön näkökulmasta

Lastensuojelun ja psykiatrian palvelujen järjestämistä, asiakkaan asemaa ja yhteistyötä ohjaa 26 eri lakia (Kaivosoja & Tolvanen 2016, 779). Keskityn lakeihin, jotka vaikuttavat erityisesti lapsen asemaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa.

Lainsäädännössä on velvoitteita terveystoimen ja sosiaalitoimen yhteiselle palvelujen kehittämiseksi lasten elämän ja lastensuojeluprosessin eri vaiheissa. Perustuslaki (731/1999, 19 §), mielenterveyslaki (1116/1990, 5 §), lastensuojelulaki (417/2007, 7–8 §, 11–12 §), sosiaalihuoltolaki (1301/2014, 8–10 §) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010, 32 §) velvoittavat eri sektoreita seuraamaan ja edistämään lasten ja nuorten hyvinvointia, poistamaan epäkohtia, järjestämään ja kehittämään ennaltaehkäisevää lastensuojelua sekä luomaan toiminnallisen kokonaisuuden lasten-, nuorten-, ja perheiden palveluille.

Lastensuojelulain (417/2007) 15 §:n mukaisesti: ”Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluja lapselle. Lasten tarvitsemat seksuaalisen hyväksikäytön tai pahoinpitelyn epäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut on järjestettävä kiireellisinä.”

Lastensuojelun avohuollon tukitoimenpiteenä voidaan järjestää muun muassa lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluja. Mielenterveyslain (1116/1990) 4 §:n mukaisesti ensisijaisia ovat avohoidolliset palvelut. Lapsen terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalihuollon palvelut on järjestettävä sen mukaisesti kuin lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä tai omatyöntekijä on arvioinut niiden tarpeen lapsen tai vanhemman asiakassuunnitelmassa. (Lastensuojelulaki 417/2007, 36 §; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 38 § ja 39 §.)

Lastensuojelulain (417/2007) 40 §:n mukaisesti lapsi on otettava huostaan, jos ”1) puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kasvuolosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä; tai 2) lapsi vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai muulla niihin rinnastettavalla käyttäytymisellään. Huostaanottoon ja sijaishuollon järjestämiseen voidaan kuitenkin ryhtyä vain, jos: 1) 7 luvussa tarkoitetut toimet eivät olisi lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia tai mahdollisia taikka jos

ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi; ja 2) sijaishuollon arvioidaan olevan 4§:n mukaisesti lapsen edun mukaista.” Huostaanoton valmistelua varten sosiaalityöntekijällä on oikeus saada lausuntoja lasta ja perhettä hoitavilta tahoilta. (Lastensuojelulaki 417/2007, 40 §, 41 §.)

Mielenterveyslain (1116/1990) 8 §:n mukaisesti henkilö voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon vastentahtoisesti, jos ” 1) hänen todetaan olevan mielisairas; 2) hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi.”

Huostaanoton yhteydessä lapsi sijoitetaan sijaishuoltoon. Lapsen sijaishuollolla tarkoitetaan lapsen hoidon ja kasvatuksen järjestämistä kodin ulkopuolella. Sijaishuoltoon sijoittamisen yhteydessä lapsen terveydentila on tutkittava, ellei terveydentilaa ole ollut mahdollista tutkia aikaisemmin tai muusta syystä ei ole käytettävissä riittäviä tietoja lapsen hoidon järjestämiseksi sijaishuollon aikana. (Lastensuojelulaki 417/2007, 49 §, 51 §.)

Lastensuojelun avohuollon asiakkuuden vaihtuessa sijaishuollon asiakkuudeksi lapsen huostaanoton jälkeen, ei lapsen aiemmin alkanut psykiatrinen hoito saisi katketa. Näin on saattanut käydä, kun lapsi on sijoitettu pois omalta paikkakunnalta ja psykiatrinen hoitopaikka, esimerkiksi poliklinikka, on sijainnut kotipaikkakunnalla. Lastensuojelulain (417/2007) mukaan sijaishuoltoon sijoitetun lapsen tulee saada palvelut siltä paikkakunnalta, johon hänet on sijoitettu. Käytännössä kuitenkin lapsi saattaa saada kiireellisen tilannearvion sijoituspaikkakunnan palveluissa, mutta sen jälkeen hänet siirretään kotikunnan sairaanhoitopiiriin pidemmälle arviointi- ja hoitajaksolle. Tällöin yhteistyö on haasteellista sijoituspaikan ja hoitopaikan välimatkan sekä erilaisten toimintatapojen vuoksi. Lastensuojelu ei tunne psykiatrian toimintatapoja tai ymmärrä lapsen mielenterveyden häiriöitä ja niiden hoitokeinoja. Vastaavasti psykiatria ei tunne lastensuojelun työn sisältöä ja toimintaympäristöä. Tämä johtuu muun muassa

eriytyneestä koulutusjärjestelmästä, teoriapohjasta ja käsitteistöstä (Laukkanen ym. 2006, 17; Kokko & Turunen 1994, 17–18.)

Pykälä palveluiden järjestämistä on haluttu ottaa lastensuojelulakiin (417/2007), koska aiemmin on ollut epäselvää, kuka kustannuksista erityistilanteissa vastaa. Tämän vuoksi sijoitettu lapsi on jäänyt vaille hoitoa, jota olisi tarvinnut, koska sijoituskunta on kieltäytynyt sitä järjestämästä. (Hallituksen esitys 252/2006.) Tämän vuoksi on tehty muutos myös terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 69§) niin, että sijoituskunnan tulee järjestää lapsen tarvitsemat kansanterveystyöhön liittyvät palvelut ja sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon palvelut. Sijoittajakunnan tai sairaanhoitopiiriin, johon sijoittajakunta kuuluu, tulee korvata tästä hoidon järjestämisestä aiheutuneet kustannukset sijoituskunnalle tai sairaanhoitopiirille. (Hallituksen esitys 252/2006.)

Kun lapsen oma käyttäytyminen vaarantaa hänen terveyttään ja kehitystään on usein kyse moniongelmaisuudesta sisältäen sosiaalisia ongelmia ja mielenterveyden häiriöitä. Osin ongelmat voitaisiin hoitaa sosiaalitoimessa, osin terveydenhuollossa. (Mahkonen 2010, 177.) Hallituksen esityksessä (252/2006) on nostettu esille käytännön ongelmana psykiatristen hoitoyksiköiden puute ja määrärahojen riittämättömyys. Lapsen oikeusturva ei ole toteutunut, kun lapsia on jouduttu hoitamaan heidän psyykkisestä sairaudestaan huolimatta pelkästään lastensuojelun avohuollon tukitoimin tai huostaan otettuna lastensuojeluyksiköissä. Lapsi ei tällöin ole saanut välttämättömää hoitoa sairauteensa. Terveydenhuollon ja lastensuojelun yhteistyössä lapsen hoidon järjestämisessä tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, että esimerkiksi psyykkisesti sairaan tai neurologisista ongelmista kärsivän lapsen hoito järjestetään ensisijaisesti terveydenhuollon toimesta. Lastensuojelutoimenpiteisiin, ja erityisesti huostaanottoon, voidaan ryhtyä vasta, jos huoltaja ei suostu viemään lasta välttämättömäksi arvioituun hoitoon tai jos lapsen psyykkisiin ongelmiin liittyy muita, esimerkiksi lapsen kasvuoloihin liittyviä ongelmia, ja terveydenhuollon järjestämä hoito yksinään ei turvaa lapsen terveyttä ja kehitystä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8a §:ssä ja sosiaalihuoltolain (1301/2014) 2 § 2:ssa momentissa on määritelty vastuu siinä tapauksessa, että sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palvelut ovat sopivia. (Hallituksen esitys 252/2006; Rätty 2010, 101 - 103; Mahkonen 2010, 223, 249–250; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2012, 62–67.) Laissa ei ole nimetty konkreettisia kriteerejä vastuun määrittelyä varten, jonka vuoksi lapsen ohjautuminen palveluihin voi olla sattumanvaraista.

Hallituksen esityksen (252/2006) mukaan lastensuojelun asiakkaana olevien lasten tulisi saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut viivytyksettä. Lasten psykiatrisessa hoidossa hoitotakuu on ollut voimassa jo vuodesta 2001. Hoitotakuusta huolimatta erityisesti lastenpsykiatristen palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia. (Hallituksen esitys 252/2006.)

Lapsen kiireellisen psykiatrisen hoidon tarvetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon lapsen yksilökohtainen tilanne ja muut asiaan vaikuttavat seikat. Lastensuojelun asiakkuuden tulisi olla yksi tekijä muiden kiireellisyysarvioon vaikuttavien tekijöiden joukossa. (Hallituksen esitys 252/2006.) Ainakin silloin, kun kysymyksessä on huostaanoton ja sijaishuollon tarpeen selvittäminen, sijaishuollossa olevan lapsen tutkiminen tai hoidon ja terapiapalvelujen järjestäminen, lastensuojelulain (417/2007) 15 §:n ja hoitotakuun mukaisesti palvelut tulisi järjestää kiireellisesti (Räty 2010, 102). Sosiaalihuoltolain (1301/2014) uudistuksen yhteydessä terveydenhuoltolakiin (1326/2010) onkin lisätty pykälä (69 §), joka edellyttää terveydenhuoltoa järjestämään lastensuojelun tarpeessa olevalle lapselle terveydenhuollon palveluja viipymättä, jos lastensuojelun tarve johtuu puutteellisista terveydenhuollon palveluista.

Lastensuojelussa huostaanoton syy saattaa olla myös lapsen olosuhteissa, mutta psykiatriassa syy on aina lapsen omassa käyttäytymisessä. Huostaanottoa tai tahdosta riippumatonta hoitoa arvioitaessa tulee ottaa huomioon muut mahdollisuudet ensisijaisina pakkotoimiin nähden. Muina keinoina eivät ole ainoastaan oman sektorin toimet, esimerkiksi vaikeasti oirehtivan nuoren kohdalla harkittavaksi tulee, kumpi on tarkoituksenmukaisempi puuttumiskeino, huostaanotto vai pakkohoito. Laissa ei ole selkeästi mainittu, kumpi pakkotoimi on ensisijainen, mutta viimesijaisuutensa vuoksi lastensuojelu tulee käytännössä kyseeseen, kun muut keinot on arvioitu. Lastensuojelulain (417/2007) mukaan *on otettava* huostaan ja mielenterveyslain (1116/1990) mukaan *voidaan määrätä* hoitoon. Esimerkiksi nuoren uhkaava käyttäytyminen ympäristöä kohtaan, päihteiden käyttö tai rikollinen käyttäytymien ei yksin riitä mielenterveyslain (1116/1990) soveltamiseksi. Lapsella tulee lisäksi olla mielenterveydenhäiriö, jonka ei välttämättä kuitenkaan tarvitse olla vakava. (Kaivosoja 1996, 31–32; Räty 2010, 101.)

Varsinkin lasten- ja nuortenpsykiatria sekä lastensuojelu kohtaavat samanlaisia ongelmia, jonka vuoksi myös lastensuojelun on ollut pakko medikalisoitua (Mahkonen 2010, 23). Lastensuojelulakiin (417/2007) kirjattu pykälä lapsen erityisen huolenpidon

järjestämisestä kuvaa konkreettisesti lastensuojelun lasten ja nuorten tarvetta moniammatilliseen tukeen sosiaalitoimen ja psykiatrian välillä sekä lastensuojelun tarvetta medikalisoitua. Erityistä huolenpitoa järjestetään sijaishuoltoon sijoitetulle nuorelle, jolla on vakava päihde- tai rikoskierre, tai kun lapsen oma käyttäytyminen muutoin vakavasti vaarantaa hänen terveyttään, henkeään tai kehitystään. Tavoitteena on antaa lapselle monipuolista huolenpitoa, joka edellyttää moniammatillista osaamista. Erityistä huolenpitoa voidaan järjestää ainoastaan sellaisessa laitoksessa, jonka käytettävissä on moniammatillista osaamista kasvatusalalta, sosiaalityöstä, psykologiasta ja lääketieteestä. Myös päätöksen lapsen erityisen huolenpidon järjestämisestä tulee perustua moniammatillisen työryhmän näkemykseen. Erityisen huolenpidon aikana lapselle on lisäksi tehtävä tarvittavat lääkärintarkastukset. (Lastensuojelulaki 417/2007, 71–73 §.)

Erityisellä huolenpidolla ei voida korvata lapsen lääketieteellistä hoitoa. Jos lapsi tarvitsee esimerkiksi mielenterveyslain (1116/1990) mukaista hoitoa, tulee se järjestää terveydenhuollon palveluilla (Räty 2010, 480). Käytännön ongelmaksi on kuitenkin muodostunut se, että psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsevia lapsia on hoidettu erityisen huolenpidon yksiköissä, jolloin lapselle ei ole järjestetty lastensuojelulain (417/2004, 15 § mukaista tarpeenmukaista terveydenhuollon hoitoa (Hallituksen esitys 252/2006).

2.3.1 Yhteistyö lainsäädännön näkökulmasta

Poikkihallinnollisen yhteistyön velvoite löytyy sosiaalihuoltolaista (1301/2014, 8 § ja 9 §) ja terveydenhuoltolaista (1326/2010, 32 §), jotka edellyttävät viranomaisia toimimaan yhteistyössä lasten ja nuorten asioissa. Lastensuojelulain (417/2007) 15 §:n mukaisesti terveydenhuollon on annettava asiantuntija-apua lastensuojelun viranomaisille. Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 32 §) velvoittaa perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirit yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa. Koska yhteistyön velvoitteet ovat eri laeissa, on yhteistyötä kuitenkin vaikea koordinoida. Lisäksi puutteelliset resurssit ja eri viranomaisten toisistaan poikkeavat näkemykset lisäävät haasteita yhteistyön toteuttamiselle. (Kokko & Turunen 1994, 17; Moilanen ym. 2004, 457–458.)

Laissa on paremmin turvattu lastensuojeluviranomaisen oikeus saada tietoa terveydenhuollosta kuin terveydenhuollon oikeus saada tietoa lastensuojeluviranomaiselta. (Moilanen ym. 2004, 457–458.) Lastensuojelulaki (417/2007, 25 §) määrittelee muille viranomaisille velvollisuuden ilmoittaa sosiaalihuollon lastensuojelun viranomaisille, jos huoli lapsesta herää. Vastaavasti

sosiaalihuoltolaki (1301/2014, 40 §) edellyttää sosiaalihuollon henkilöstön ilmoittamaan muille sektoreille palvelujen tarpeessa olevasta asiakkaasta. Terveystoimen ilmoitusvelvollisuus on ristiriitainen tilanteessa, jossa terveydenhuollon ammattilaisella on huoli lapsen kehityksestä (esimerkiksi anoreksian vuoksi), mutta tiedossa on, että sosiaalitoimi ei kyseessä olevaa ongelmaa kykene hoitamaan. Tällöin ei ole tarkoituksenmukaista tehdä lastensuojeluilmoitusta ilmoitusvelvollisuudesta huolimatta. (Mahkonen 2010, 223, 249–250.)

Lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen sosiaalityöntekijä arvioi, onko tarvetta kiireellisiin toimenpiteisiin. Jos lapsi on välittömässä vaarassa tai muutoin kiireellisen sijoituksen ja sijaishuollon tarpeessa, hänet voidaan sijoittaa kiireellisesti perhehoitoon tai laitoshuoltoon taikka järjestää muulla tavoin hänen tarvitsemansa hoito ja huolto (Lastensuojelulaki 417/2007, 38 §). Hallituksen esityksen (252/2006) mukaisesti sijoitus voi tapahtua myös esimerkiksi siten, että lapsi sijoitetaan kiireellisesti terveydenhuollon laitokseen tai muuhun toimintayksikköön.

Lastensuojelun sosiaalityöntekijällä tulee olla mahdollisuus saada moniammatillista tukea haastavien lastensuojelun asiakastapausten käsittelyyn viranomaisilta, joilla on asiantuntemusta lapsen kasvusta ja kehityksestä, terveydenhuollosta, juridiikasta tai muusta tarvittavasta näkökulmasta. Kunnan tulee asettaa lastensuojelun asiantuntijaryhmä, jossa on edustettuna edellä mainitut asiantuntijat. (Lastensuojelulaki 417/2007, 14 §). Käytännössä tämä asiantuntijaryhmä koostuu kunnan eri tahojen edustajista ja se ottaa kantaa lapsen asioista vastaavan sosiaalityöntekijän esityksestä lastensuojelun avohuollon ja sijaishuollon asiakastapauksiin sekä antaa tarvittaessa lausuntoja sosiaalityöntekijän päätöksenteon tueksi. (Taskinen 2010, 37–38.)

Terveydenhuollon tulee tarvittaessa antaa lausuntoja lastensuojelulain (417/2007) 26 §:n ja 40 §:n mukaisesti lastensuojelun tarpeen selvitystä ja huostaanoton valmistelua varten. Vastaavasti, sosiaalihuoltolain (1301/2014) 8 § ja 9 § velvoittavat kunnan viranhaltijan antamaan asiantuntija-apua muille viranomaisille. Tämä sitoo sosiaalityöntekijää yhteistyöhön tarvittaessa esimerkiksi psykiatrian kanssa. Katajan (2012) tutkimuksen mukaan terveydenhuollolla onkin merkittävä rooli lapsen avohuollon asiakkuuden ja huostaanoton valmistelun alkaessa. Terveydenhuollossa erityisesti psykologien ja psykiatrien lausunnot lapsen tai vanhempien mielenterveyden ongelmista ovat merkittäviä huostaanottoa valmisteltaessa. (ks. Kataja 2012, 147–162.)

Lapsilla ja nuorilla asosiaaliseen käyttäytymiseen liittyy usein päihteiden ja huumeiden käyttöä, koulunkäynnin laiminlyöntiä, aggressiivisuutta, sosiaalisista ja oikeudellisista normeista piittaamattomuutta sekä rikollista käyttäytymistä. Nuorille, jotka ovat syyllistyneet rikoksiin, löytyy reagoitiperuste kolmesta eri laista: rikoslaista, lastensuojelulaista ja mielenterveyslaista. Nuori saa rangaistuksen rikoslain mukaan, mahdollisesti otetaan huostaan lastensuojelulain mukaan sekä diagnosoidaan ja hoidetaan terveydenhuollossa. Koska lainsäädäntö ei ole yhtenäinen, mutta nuoret tarvitsevat kaikkia näkökulmia ja hoitokeinoja, on syntynyt tarve moniammatilliseen verkostotyöhön. Moniammatillisen yhteistyön yksi este on kuitenkin lainsäädäntö, jonka luullaan kieltävän yhteistyön, vaikka yhteistyön perusteita on mahdollista löytää lapsen edun perusteella (Mahkonen 2010, 19 –20; Moilanen ym. 2004, 457–458.) Yhteistyön esteenä nähdään usein salassapitovelvollisuus.

Sosiaalihuollon asiakaslaissa (812/2000, 20 §) säädetään, milloin esimerkiksi terveydenhuollon viranomaisilla on velvollisuus antaa salassapitosäännösten estämättä tietoja sosiaalihuollolle. Luovutettavien tietojen tulee olla sellaisia, joita sosiaalihuollon viranomaisen välttämättä tarvitsee lakisääteisten tehtäviensä hoidossa. Potilaslaissa (785/1992, 13 §) puolestaan säädetään, että potilastiedot ovat ensisijaisesti pidettävä salassa, tietoja muille saa antaa vain poikkeuksellisesti, esimerkiksi ”jos tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti säädetty”.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 17§:n mukaisesti ”sosiaalihuollon järjestäjä tai toteuttaja saa antaa asiakirjasta salassapitovelvollisuuden estämättä tietoja, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan hoidon, huollon tai koulutuksen tarpeen selvittämiseksi, hoidon, huollon tai koulutuksen järjestämiseksi tai toteuttamiseksi taikka toimeentulon edellytysten turvaamiseksi”, vaikka asiakas tai hänen edustajansa olisi kieltänyt tiedon antamisen. Tietoa saa antaa esimerkiksi, jos sen katsotaan olevan lapsen edun mukaista.

Laissa sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) huomioidaan myös moniammatillinen yhteistyö sekä organisaation sisällä että organisaatioiden välillä. Lain 8 § ohjaa yhteistyötä organisaatioiden välillä. Lain mukaisesti ”monialaiseen yhteistyöhön osallistuvat henkilöt voivat salassapitosäännösten estämättä:

- 1) kirjata edustamansa organisaation asiakirjoihin sellaiset yhteistyössä saamansa sosiaalihuollon asiakastiedot, jotka ovat tarpeellisia yhteisen asiakkaan asian hoitamiseksi sanotussa organisaatiossa;

2) tallettaa yhteistyön perusteella laaditun asiakassuunnitelman, muistion tai vastaavan asiakirjan sanotussa organisaatiossa, jos se on asiakkaan kannalta tarpeellista siinä asiassa, jonka hoitamiseksi asiakirja on laadittu.”

Lastensuojelutarpeen selvittelyssä ja lastensuojelun järjestämisessä järjestetään neuvotteluja, joihin osallistuu lapsi, perhe sekä perheen asioita hoitavat tahot. Neuvotteluun osallistuville voidaan antaa lapsen tuen tarpeen selvittämiseksi ja lapsen tarvitseman huolenpidon järjestämiseksi tietoja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 16§:n ja 17§:n mukaisesti. (Lastensuojelulaki 417/2007, 31§.)

Sosiaalihuollon asiakaslain (812/2000, 16§) ja terveydenhuollon potilaslain (785/1992, 13§) mukaisesti salassa pidettävästä asiakirjasta saa antaa tietoja esimerkiksi asiakkaan suostumuksella tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Käytännössä lastensuojelussa neuvottelussa asiakkaalta pyydetään suostumus siihen, että neuvottelussa läsnä oleville toimitetaan asiakassuunnitelma. Jos joku perheen asioita hoitava taho ei ole päässyt neuvotteluun mukaan, voidaan asiakkaan luvalla asiakassuunnitelma toimittaa myös tälle taholle.

2.3.2 Lapsen asema lainsäädännössä

Lastensuojelulaissa (417/2007) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on asetettu määräaikoja lasten ja perheiden palveluiden saamiseksi. Lastensuojelulain (417/2007) 26§:n mukaisesti lastensuojelun työntekijän tulee arvioida välittömästi lapsen mahdollinen kiireellisen tuen tarve. Viimeistään seitsemän arkipäivän kuluessa tulee aloittaa lapsen palvelutarpeen arviointi, jonka tulee valmistua kolmen kuukauden kuluessa asian vireille tulosta.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään, että kiireellisessä hoidon tarpeessa olevalle henkilölle hoito on annettava välittömästi. Lastenpsykiatrisen hoidon tarpeen arviointi tulee aloittaa kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaanhoitopiirin yksikköön. ”Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50–52 §.)

Lastensuojelulaissa (417/2007, 57–60 §) on määritelty lastensuojelulaitosten henkilöstömitoitus sekä se, kuinka monta lasta saa hoitaa samassa yksikössä.

Mielenterveyslaissa (1116/1990, 8 §) on määritelty, että alle 18-vuotiaan tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito on järjestettävä nuorille tarkoitetussa hoitoyksikössä, erillään aikuisista.

Lapsen oikeuksien sopimuksen 12. artiklan mukaan lapsen tulisi olla osallinen häntä koskevassa päätöksenteossa, hänellä tulee olla oikeus ilmaista oma mielipiteensä häntä koskevissa asioissa ja häntä tulee kuulla häntä koskevassa päätöksenteossa. (LOS 20.11.1989.) Nämä periaatteet näkyvät lainsäädännön tasolla sekä lastensuojelussa että psykiatriassa.

Sosiaalihuollossa asiakkaan asemaa säätelee sosiaalihuoltolaki (1301/2014) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Terveystieteidenhuollossa potilaan asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010). Sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa lähtökohtana on asiakkaan, kuten lapsen, osallisuus ja itsemääräämisoikeus. Nuoren mahdollisuus puhevaltaan on määritelty ikärajoilla, itsemääräämisoikeuden käyttäminen riippuu lapsen kypsydestä. Terveystieteiden- ja sairaanhoidossa 15 vuotta täyttänyt lapsi voi myös itse, huoltajistaan riippumatta, antaa suostumuksensa tutkimukseen tai tutkimustoimenpiteeseen. Lastensuojeluasioissa 12 vuotta täyttänyt lapsi voi itse hakea palveluja ja käyttää puhevaltaa. Nuorempien lasten tulee olla osallisena omissa asioissaan lapsen kehitystaso huomioiden. (Litmala & Lohiniva-Kerkelä 2005, 429, 437–438, 475; Lastensuojelulaki 417/2007.)

Sekä lastensuojelulaki (417/2007) että mielenterveyslaki (1116/1990) korostavat avohuollon ja avohoidon ensisijaisuutta. Kummankaan lain perusteella lasta ei voi hoitaa vastentahtoisesti avohoidossa tai käyttää häneen avohuollon tukitoimia vastoin hänen tahtoaan. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ja huostaanotolla on osittain samankaltaiset edellytykset: tilanne vakavasti vaarantaa lapsen tai nuoren turvallisuutta, terveyttä ja kehitystä. Molempien lakien mukaan samankaltaisiin toimiin, joita huostaanotossa tai tahdosta riippumattomassa hoidossa käytetään, voidaan ryhtyä myös asiakkaan suostumuksella. (Kokko & Turunen 1994, 16–17; Kaivosoja 1996, 31, 33.)

Potilaslain (785/1992) 9 §:n mukaan alaikäinen potilas voi kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antamisen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalle, jos hänet katsotaan ikänsä ja kehitystasonsa huomioiden kykeneväksi tekemään itsenäisiä päätöksiä. Sosiaalihuollon asiakaslain (812/2000) 11 §:n mukaan alaikäinen voi kieltää

antamasta omia tietojaan lailliselle edustajalleen, ellei se ole hänen etujensa vastaista ja lapsi ikänsä ja kehitystasonsa huomioiden on kykenevä niin päättämään. Lisäksi jos katsotaan, ettei alaikäisen huoltaja kykene valvomaan lapsen etuja, lapselle voidaan sosiaalihuollon asiakaslain (812/2000) 10 §:n ja lastensuojelulain (417/2007) 22 §:n mukaisesti määrätä edunvalvoja.

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

Hallituksen esityksen (252/2006) mukaan tutkimus voitaisiin tehdä esimerkiksi sairaalan osastolla, terveydenhuollon avopalveluna tai kasvatus- ja perheneuvonnan palveluin. Potilaslain (785/1992) 7 §:n 1 momentin mukaan alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lapselle voidaan siten suorittaa terveydenhuollon toimenpide hänen huoltajansa vastustuksesta huolimatta, kun lapsi tähän suostuu ja häntä voidaan pitää riittävän kehittyneenä ilmaisemaan mielipiteensä. Potilaslain (785/1992) 7 §:n 2 momentin mukaan, jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. (Hallituksen esitys 252/2006.)

Lapsen tahdon merkityksen ja hoitotoimenpiteen tekemisen yhteisymmärryksessä lapsen kanssa ratkaisee vasta lasta hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö hoitotilanteessa. Vaikka hallinto-oikeus olisi antanut luvan lapsen tutkimiseen, tutkimusta ei lähtökohtaisesti voida suorittaa silloin, kun lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön arvion mukaan riittävän kypsä ja omasta hoidostaan päättämään kykenevä lapsi itse vastustaa varsinaista hoitotoimenpidettä. Lastensuojelulain (417/2007) 28 §:n tarkoituksena on näin ollen sivuuttaa ainoastaan huoltajan tahdon merkitys säännöksessä tarkoitetuissa tilanteissa. Jos alaikäinen lapsi ei

itse kykene päättämään hoidosta, noudatetaan hallinto-oikeuden päätöstä. (Hallituksen esitys 252/2006; Rätty 2010, 228.)

Lastensuojelulain (417/2007) 45 §:n perusteella sosiaalihuollosta vastaavalla toimielimellä on oikeus kokonaisvaltaisesti päättää huostaan otetun lapsen olinpaikasta, hoidosta, kasvatuksesta ja valvonnasta sekä muusta huolenpidosta, johon sisältyy myös oikeus päättää terveydenhuollosta ja muun muassa opetuksen järjestämisestä. Päättäessä esimerkiksi lapselle tehtävistä terveydenhuollon toimenpiteistä tai opetuksen järjestämisestä, on kaikissa tilanteissa pyrittävä hyvään yhteistoimintaan lapsen, huoltajan ja vanhempien kanssa. (Hallituksen esitys 252/2006.) Terveydenhuollon toimenpiteistä päättää viime kädessä lääkäri mielenterveyslain (1116/1990) ja potilaslain (785/1992) puitteissa.

Mielenterveyslain (1116/1990) 8 §:n mukainen päätös vastentahtoisen hoidon järjestämisestä on tehtävä, jos sijaishuoltoon sijoitettu lapsi tarvitsee psykiatrista hoitoa ja sen järjestäminen onnistuu ainoastaan pakkokeinoin. Jos lapsi on jo sairaalahoidossa, ja vanhemmat kieltäytyvät välttämättömistä hoitotoimenpiteistä, ei lastensuojelulakia (417/2007) voi soveltaa, vaan päätös lapselle annettavasta hoidosta on tehtävä potilaslain perusteella. (Rätty 2010, 104, 306.)

Lastensuojelulain (417/2007) mukaisesti myös sijaishuoltoon sijoitetulle lapselle tulee tarjota monipuolisesti palveluja. Lapselle tulee tarjota mahdollisuus muun muassa tavata henkilökohtaisesti hänelle nimetty sosiaalityöntekijä ja terveydenhuollon tulee järjestää lapselle hänen tarpeensa mukaan tutkimus-, hoito- ja terapiapalveluja. Lapsen oikeuksiin kuuluvat myös asiakassuunnitelman laatiminen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 39 §; Lastensuojelulaki 417/2007, 30 §) sekä terveydenhuollossa hoitosuunnitelman laatiminen (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 24 §; Potilaslaki 785/1992, 4a §).

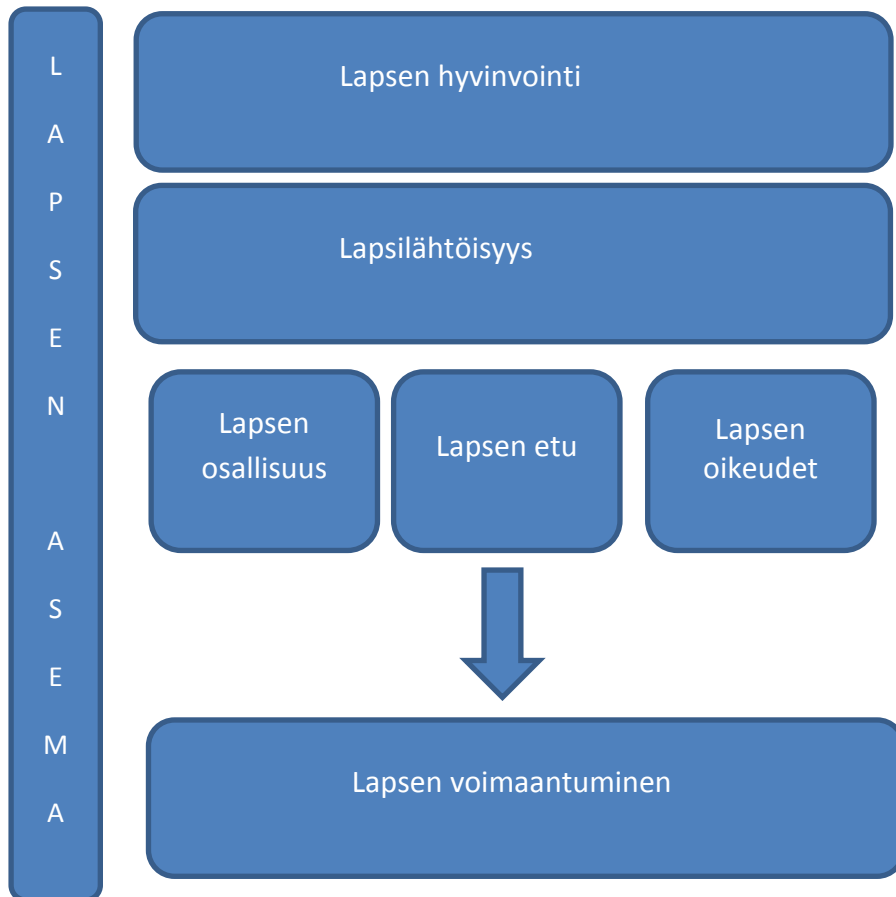
Lastensuojelulaissa (417/2007) on määritelty rajoitustoimenpiteet, joita voidaan kohdentaa sijaishuoltoon sijoitettuna olevaan lapseen. Mielenterveyslaissa (1116/1990) on määritelty rajoitustoimenpiteet, joita voidaan kohdentaa tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Rajoitustoimenpiteitä saa kohdistaa potilaaseen tai asiakkaaseen vain siinä määrin kuin se on hoidon kannalta välttämätöntä. Molemmissa laeissa on rajoitustoimenpiteinä liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen, aineiden ja esineiden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (lastensuojelulaissa (417/2007) lisäksi lähetyksen luovuttamatta jättäminen), henkilön tarkastus ja katsastus sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Lastensuojelulaissa (417/2007) on

rajoitustoimenpiteeksi määritelty myös erityinen huolenpito sekä kiinnittäminen, joka mielenterveyslaissa (1116/1990) sisältyy eristämiseen. (Lastensuojelulaki 417/2007, 61–74 §; Mielenterveyslaki 1116/1990, 22 a–k §)

3 Lapsen asema moniammatillisessa työskentelyssä

3.1 Lapsen aseman määritelmä tässä tutkimuksessa

Tämän tutkimuksen teemana on lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä. Lapsen asemalle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Aineistosta nousseiden teemojen avulla olen määritellyt, mitä tässä tutkimuksessa käsitetään lapsen asemalla. Olen myös koonnut kirjallisuudesta käsitteitä, joita käytetään lapsen asemasta puhuttaessa. Lapsen aseman osatekijöiden toteuttamisen tavoitteena on lapsen voimaantuminen (vrt. Möller 2006, 18), joka ylläpitää hänen mahdollisuuttaan hyödyntää omia voimavarojaan asemansa parantamiseksi.



Kuvio 1. Lapsen aseman käsite tässä tutkimuksessa.

Lapsen asemaa määrittää ensisijaisesti lapsen hyvinvointi, jossa yhtenä perustarpeena ovat sosiaaliset tarpeet. Sosiaaliset tarpeet liittyvät muun muassa vuorovaikutukseen muiden ihmiseen kanssa sekä itsenäiseen toimimiseen ja itsensä toteuttamiseen (Maslow 1970; Sen 1993). Maslowin tarvehierarkian mukaisesti lapsi ei kykene itsensä toteuttamiseen, osallistumiseen, elleivät hänen perustarpeensa ole turvatut. Tämän vuoksi lapsen hyvinvointi kuuluu oleellisena osana lapsen asemaan.

Lapsilähtöisyys työskentelyn viitekehyksenä ohjaa sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä huomioimaan lapset subjekteina ja työskentelyn ensisijaisina kohteina. Lapsen osallisuuden lähikäsitteinä eri tutkimuksissa on käytetty käsitteitä lapsen toimijuus ja lapsen osallistuminen. Lapsen asema voidaan ymmärtää myös lapsen paikkana työprosessissa, tai konkreettisesti esimerkiksi lastensuojelulaitoksessa. Lapsen paikkaan työprosessissa liittyvät kiinteästi käsitteet lapsen oikeus, etu ja lapsen näkökulma. (ks. Hurtig 2003, 32; Kouvonen 2011.)

Lapsen hyvinvoinnin huomioimisen tulee olla lähtökohtana kaikessa toiminnassa. Lapsen hyvinvoinnin turvaajina ovat lapsen sosiaalisen ympäristön ihmiset ja instituutiot, jotka vastaavat lapsen sosiaalisiin tarpeisiin. Lastenkodin laadun arvioinnissa kriteereinä tulisikin olla resurssien ja tehokkuuden lisäksi tuotettu hyvinvointi, asiakkaiden osallisuus ja lapsen perhesuhteiden tukeminen, perheen pitäminen mukana lapsen hoidossa (Carrà 2014, 255–256).

3.2 Hyvinvoinnin tekijät

Perinteisessä pohjoismaisessa tutkimuksessa on eroteltu hyvinvointi ja onnellisuus sekä elintaso ja elämänlaatu. Hyvinvointi on määritelty tarpeiden ja niiden tyydytyksen asteen perusteella. Mitä paremmin tarpeet on tyydytetty, sitä paremmaksi ihminen kokee hyvinvointinsa. Kuuluisin tarveteoria on Maslowin (1954 ja 1970) tarveteoria. Maslowin luomassa tarpeiden hierarkiassa alimmalla tasolla ovat fysiologiset, kuten ravinnon, lämmön ja suojan tarpeet. Toisella tasolla ovat turvan, kolmannella rakkauden ja liitynnän, neljännellä arvostuksen saamisen ja ylimmällä tasolla itsensä toteuttamisen tarpeet. (Maslow 1970, 35–46; Allardt 1976, 32.)

Lasten hyvinvoinnin määrittelyssä Maslowin tarveteoria on keskeinen. Lastensuojelussa lapsiin kohdistuvien interventioiden taso määrittyy sen mukaan, minkä tason tarve lapsella on puutteellinen. Kiireellinen sijoitus tai huostaanotto toteutuu, kun lapsen perustarpeet (ravinto, suoja) tai turvan tarpeet ovat vakavasti vaarantuneet.

”Kotitalouden kannalta olennaisinta hyvinvoinnin rakentumisessa on tavallisesti resurssilähtöisen ja koetun hyvinvoinnin yhdistäminen kotitalouksien hyvää elämää koskevien tavoitteiden kannalta järkevästi, ei jakolinja resurssien ja koetun hyvinvoinnin välillä.” Tätä näkökulmaa edustaa suomalainen sosiologi Erik Allardt (1976), joka on määrittellyt hyvinvoinnin ulottuvuuksia pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen pojalta. Allardt on esittänyt hyvinvoinnin koostuvan elintasosta (*having*), yhteisyyssuhteista (*loving*) ja itsenä toteuttamisen muodoista (*being*). Nämä hyvinvoinnin osatekijät ovat Allardtin mukaan tarpeita, jotka tyydyttyessään tuottavat yksilölle resursseja. (Allardt 1976, 32–49; Saari 2011, 43.)

Marjatta Bardy (2014) on yhdistänyt Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuudet lapsen oikeuksien sopimuksessa määriteltyyn lapsen oikeuteen huolenpitoon. Huolenpidon ulottuvuuksiksi Bardy (2014) määrittelee Allardtin (1976) hyvinvoinnin osatekijät;

elinolot, yhteisyyssuhteet ja maailmaan orientoitumisen. Elinolot ovat resursseja (having), kuten toimeentulo, asuminen, työllisyys, terveys ja koulutus. Lasten resurssit ovat riippuvaisia heidän vanhemmistaan. Vanhemmat vastaavat lasten huolenpidosta ja kasvatuksesta. Tätä yhteiskunta tukee omilla peruspalveluillaan, kuten päivähoito- ja koulujärjestelmällä, viimekädessä erityispalveluilla, kuten lastensuojelun ja psykiatrian palveluilla. Yhteisyyssuhteilla (*loving*) Bardy viittaa erilaisiin suhteisiin itseen ja muihin. Kaikista suhteista perhesuhteet ovat merkittävimpiä lapselle, koska ne antavat hoivaa ja huolenpitoa. Varhaisessa vaiheessa erityisesti kiintymyssuhde on merkittävä. Maailmaan orientoituminen (*being*) on lapsen osallistumista omaan elämään ja esimerkiksi mahdollisuutta vapaa-ajan tekemiseen. Maailmaan orientoituminen tuottaa myös osallisuuden kokemusta. (Bardy 2014, 67–69.)

Hyvinvointia voidaan lähestyä subjektiivisesta tai objektiivisesta näkökulmasta. Subjektiivisesta näkökulmasta hyvinvointi on esimerkiksi koettua mielihyvää tai halujen tyydyttämistä. Objektiivinen näkökulma perustuu tarpeisiin, hyvinvoinnin osiin, jotka on määriteltävä huomioimatta henkilön omaa näkökulmaa hyvinvoinnistaan. (Allardt 1976, 32-33; Saari 2011, 84–97.)

Erityisesti lasten kohdalla tutkimukset ovat painottuneet objektiiviseen näkökulmaan Suomessa ja kansainvälisesti (Fattore ym. 2009, 58). Hyvinvointitutkimus painottuu perheiden hyvinvoinnin tutkimiseen (esim. Vaarama ym. 2014; Lammi-Taskula ym. 2014.), usein vanhempien näkökulmasta tai elinoloja kuvaavilla mittareilla mitattuna. Viime vuosiin asti lasten kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan on tutkittu vähän (Puroila ym. 2012, 346). Sen sijaan on kartoitettu lasten kokemuksia esimerkiksi köyhyydestä (Hakovirta & Rantalaiho 2012). Vuosittaisissa kouluterveyskyselyissä kartoitetaan lasten ja nuorten kokemuksia muun muassa omasta terveydestä, osallisuuden mahdollisuuksista ja sosiaalisista suhteista (Kouluterveyskysely). Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimuksessa (LATE) kartoitetaan lasten terveydentilaa ja tapaturmien ehkäisyä. Lapsiasianvaltuutetun julkaisussa vuonna 2014 on tutkittu lasten hyvinvointia pääasiassa objektiivisilla mittareilla. Mukana on myös lasten omia kokemuksia hyvinvoinnin osa-alueista, kuten vanhempien antama tuki koulunkäynnissä (Lapsiasianvaltuutettu 2014). Vuonna 2016 toteutettiin Suomessa ensimmäisen kerran lapsibarometri, jonka tavoitteena oli selvittää 6-vuotiaiden lasten hyvinvoinnin osa-alueita, luottamusta, heidän omasta näkökulmastaan (Tuukkanen 2016).

1990-luvulla hyvinvointi määriteltiin uudelleen tarveteorian pohjalta Len Doyalin ja Ian Goughin toimesta. Doyal ja Gough korostavat fyysisistä terveyttä ja elämänhallintaa

perustarpeina. Elämänhallinta koostuu itsetuntemuksesta ja kulttuurin ymmärtämisestä; kognitiivisista kyvyistä ja tunne-elämän voimavaroista; psyykkisestä terveydestä sekä mahdollisuuksista toimia merkityksellisesti. Perustarpeiden pohjalla ovat Maslowin (1970) teoriaa mukailleen yksittäiset hyvinvoinnin osatekijät, kuten fysiologiset tarpeet, turvallisuuden tunne ja yhteisyyssuhteet. Doyal ja Gough huomioivat myös yhteiskunnalliset edellytykset, kuten yhteiskuntajärjestelmän ja ihmisoikeudet, jotka ovat edellytyksiä ihmisten perustarpeiden täyttämiseksi. Perustarpeiden merkitys on tuottaa yksilölle mahdollisuus vuorovaikutukseen ja osallisuuteen yhteiskunnassa. Doyalin ja Goughin teoria on sekä subjektiivinen että objektiivinen painottuen objektiiviseen näkökulmaan elinolojen kuvaamisen vuoksi. Subjektiiviseen näkökulmaan kuuluvat teoriassa huomioidut yksilöiden yhteisyyssuhteet. (Doyal & Gough 1991, 50, 55–69, 74, 170; Riihinen 2005, 96–98, 109–110.)

Amartya Sen on kritisoinut teorioita, joissa hyvinvointi määritellään resurssien omistamisen pohjalta sekä teorioita, joissa hyvinvointi määritellään yksilön kokemuksen perusteella. Sen näkee resurssipohjaiset teoriat liian objektiivisina ja kokemusteoriat liian subjektiivisina. Sen on kehittänyt toimintakykyteorian, jonka peruskäsitteitä ovat toiminto (*functioning*), kyky (*capability*) ja mahdollisuus (*opportunity*). Sen kuvaa toimintojen (*functionings*) liittyvän ravinnon saamiseen ja terveyteen sekä toisaalta itsekunnioitukseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Ihmisen toiminnot nähdään keskeisinä hyvinvoinnin tekijöinä, joita tulee tarkastella arvioitaessa yksilön hyvinvointia. Kyvyt ovat yhdistelmiä toiminnoista. Teoriassa tarkastellaan ihmisen kykyä hyödyntää käytettävissä olevia resursseja omaa toimintavapauttaan lisäävästi. Senin mukaan on tärkeä poistaa ulkoisia toimintakykyä rajoittavia tekijöitä, kuten koulutuksen puutetta ja sisäisiä tekijöitä, kuten kouluttautumista rajoittavat identiteetit ja asenteet. (Sen 1993, 31–37; Riihinen 2002, 179–180.)

Senin näkemykseen liittyy kiinteästi voimaantumisen käsite: sisäinen elämänhallinta ja ulkoinen elämänhallinta. Voimaantumisella (*empowerment*), valtaistumisella tai mahdollistamisen (*enabling*) käsitteillä tarkoitetaan ihmisen voimavarojen käyttöä, niiden löytämistä ja niiden käytön tukemista. Voimavaratyössä ihmisestä tulee oman elämänsä subjekti, vaikka hän yhteiskunnallisesti olisi alisteisessa asemassa, kuten esimerkiksi lapset ikänsä perusteella. (Heinonen 2014, 52–55.) Voimaantumisen käsitteeseen liittyy kiinteästi toimijuuden käsite, voimaantunut ihminen voi olla aktiivinen toimija, subjekti, omissa asioissaan. Sosiaali- ja terveystoimea ohjaava

lainsäädäntö painottaa Senin mukaista näkemystä asiakkaasta, esimerkiksi lapsesta, aktiivisena toimijana, tavoitteena asiakkaan voimaantuminen, itsenäinen selviytyminen.

Myös Beck ym. (1997) kiinnittävät huomiota voimaantumisen merkitykseen hyvinvoinnissa. Heidän näkemyksessään hyvinvointia lähestytään sosiaalinen laatu - käsitteen (*social quality*) kautta. Sosiaalisen laadun ulottuvuuksia ovat sosiaalitaloudellinen turvallisuus, sosiaalinen yhteenkuuluvuus, sosiaalinen osallisuus ja voimaannuttaminen / autonomia. Näistä sosiaalitaloudellinen turvallisuus sisältää terveyden, työllisyyden, tulot sekä asumisen ja on näin ollen resurssiperusteista sekä pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen mukaista. Sosiaalinen osallisuus liittyy tasa-arvoon ja sosiaalinen yhteenkuuluvuus sosiaalisiin verkostoihin ja niitä ylläpitäviin rakenteisiin. Voimaannuttaminen kuvaa yksilön mahdollisuutta kehittää omia mahdollisuuksiaan. (Beck ym. 1997, 286–290; Saari 2011, 47.)

Suomalainen tutkija, Olavi Riihinen, pohjaa omaa hyvinvointiteoriaansa Allardtin ja Senin näkemukseen. Riihinen näkee ekologisten ja institutionaalisten tekijöiden merkityksen ihmisen kykyjen kehittymiselle. Kyvyt ovat kytköksissä myös sekä tarpeisiin että haluihin. Tarpeet ja halut muodostavat subjektiivisen ja objektiivisen elämänlaadun, jotka vaikuttavat toisiinsa muodostaen näin kokonaisuuden. (Riihinen 2002, 183–199.)

Lasten hyvinvoinnin perustekijöinä voidaan nähdä rakastava perhe, hyvät ystävät, turvallinen ympäristö, tunne elämänhallinnasta ja kuulluksi tuleminen tunne (Pugh 2010, 13). Perheen voimavarat, kuten taloudellinen asema, vuorovaikutus perheen sisällä ja perheen sosiaalisessa verkostossa; positiivinen lapsi-vanhempi -suhde sekä lapsen omat suhteet perheen ulkopuolelle vaikuttavat lapsen hyvinvointiin. Perheen sisäisiä voimavaroja ovat vanhemmuuteen liittyvät tekijät sekä lapsen henkilökohtaiset ominaisuudet ja kehityshistoria. (Forssén ym. 2002, 86–95).

Unicefin määrittelyssä lapsen hyvinvoinnin muodostavat terveys, turvallisuus, materiaallinen turvallisuus, koulutus, sosialisatio, tunne rakastetuksi tulemisesta, tunne arvostuksen saamisesta, tunne kuulumisesta perheeseen ja yhteiskuntaan (UNICEF 2007, 4). Lasten hyvinvointia on tutkittu muun muassa muuttujilla perheen tulot, lasten terveys, koulutus, asuminen sekä kasvatusolosuhteet, kuten yksinhuoltajaperheet ja kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset. (Mannila & Vesikangas 2009, 7.)

Australialaisessa tutkimuksessa selvitettiin lasten näkemyksiä omasta hyvinvoinnistaan. Tutkimuksen mukaan lasten keskeisiä hyvinvoinnin tuottajia ovat positiivinen tunne-

elämä ja ihmissuhteet. Lapset painottivat merkittävänä hyvinvoinnin ulottuvuuksina myös toimijuutta, turvallisuutta ja hyvää itseluottamusta. Myös aktiviteettien, fyysisen ympäristön, sosiaalisen vastuullisuuden, vastoinkäymisten, fyysisen terveyden ja taloudellisten resurssien merkitys tiedostettiin. (Fattore ym. 2009.)

3.2.1 Vanhemmuus lapsen hyvinvointia turvaavana tekijänä

Teoreettisesti lasten hyvinvoinnin määrittelyssä voidaan lähteä tarpeista, joihin vanhempien tulee vastata. Bowlbyn (1957, 1969) vuorovaikutus- ja kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsen ensisijaisena tarpeena on luoda läheinen ja rakastava suhde häntä hoitaviin henkilöihin. Erityisesti lapsen tunne-elämän kehityksen kannalta varhaiset ihmissuhteet ovat merkittäviä. Myös Maslow (1970) määritteli lasten ensisijaisiksi tarpeiksi ravinnon lisäksi turvallisuuden tarpeet. (Bowlby 1957, 1969; Maslow 1970, 39; Axford 2008, 15.)

Lapsi ilmaisee turvattomuuden tunnettaan reagoimalla välittömästi ulospäin. Turvattomuuden tunnetta lapselle voi aiheuttaa ulkoapäin tullut voimakas ärsyke, kuten voimakas ääni, vilkkuvat valot tai varomaton lapsen käsittely. Lapsi kokee turvattomuuden tunnetta myös sairastaessaan. Lapsen turvallisuudentunnetta lisäävät säännöllinen rytmi ja tapahtumien ennustettavuus. Vanhemmilla on kiistaton rooli lapsen turvallisuuden tunteen luomisessa. Perhe-elämässä tapahtuvat muutokset, kuten avioero, vanhemman kuolema tai vanhemman taholta lapseen kohdistuva psyykkinen tai fyysinen kaltoinkohtelu aiheuttavat lapselle turvattomuuden tunnetta. Lapsi saattaa takertua entistä enemmän vihamielisesti häntä kohtaan käyttäytyvään vanhempaansa siinä toivossa, että saisi kokea turvallisuuden ja suojelun tunnetta. (Maslow 1970, 39–40.)

Bowlbyn teoria käsittelee lapsuuden turvattomuuden kokemusten vaikutusta hänen myöhempään elämäänsä ja psyykkiseen kehitykseensä. Bowlbyn kiintymyssuhdeteorია painottaa varhaisten kokemusten merkitystä myöhempään selviytymiseen, ihmissuhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen. Kiintymyssuhdeteorian tarkoitus on myös tuoda esille varhaisten kokemusten merkitystä mahdollisiin psyykkisiin ongelmiin. Kiintymyssuhdeteorian merkitys on suuri tutkittaessa lapsia, joilla on turvattomuuden kokemuksia ja ihmissuhteiden katkeamisia. Lastensuojelun kannalta tärkeä näkökulma on, että vaikka lapsi ei olisi turvallisesti kiinnittynyt omiin vanhempiinsa, hänellä on mahdollisuus kiinnittyä toiseen aikuiseen myöhemmin ja kokea, että toiseen ihmiseen voi turvautua. Sijaishuoltoon sijoitettujen lasten sopeutumista sijaishuoltopaikkaan

edesauttaa heidän kiinnittymisensä heitä hoitaviin aikuisiin. (ks. Merritt & Franke 2010, 49; Sinkkonen & Kalland 2001, 7–9.)

Lapsi voi olla kiinnittynyt aikuiseen turvallisesti, välttelevästi tai ristiriitaisesti riippuen äidin tavasta hoivata, ilmaista tunteita ja ymmärtää lasta. Keskeistä on, että lapsi kokee turvallisena erilaiset tilanteet, kuten läheisyyden, eron ja jälleennäkemisen. Varhaislapsuudessa syntyneen kiintymyssuhdetyylin tiedostaminen auttaa ymmärtämään lapsen vaikeuksia myöhemmissä kehityshaasteissa. Eri tavalla kiinnittyneillä lapsilla on myöhemmin erilaisia vaikeuksia kehityksessä, mutta jokaisella on myös omat voimavarat ja vahvuudet. Varhainen kiintymyssuhdemalli ohjaa myös toimintaa traumaattisten ja stressaavien tapahtumien yhteydessä vielä aikuisiässäkin. (Punamäki 2001, 178–179, 191; Kalland 2001, 204; Ein-Dor & Hirschberger 2016.)

Ainsworth (1978) kuvaa eri tavalla kiinnittyneitä lapsia. *Turvallisesti* kiinnittyneiden lasten äidit ovat olleet lapsen saatavilla ja vastanneet johdonmukaisesti lapsen tarpeisiin. Turvallisesti kiinnittyneet lapset luottavat äitiin, uskaltavat tutkia ympäristöä ja osoittavat iloa tavatessaan äidin uudelleen. *Välttelevästi* käyttäytyvien lasten äidit eivät ole vastanneet lapsen tarpeisiin ja lapsi on kokenut laiminlyöntiä. Lapset eivät tukeudu äitiin tai uudelleen tapaamisen yhteydessä iloitse silminnähden. Välttelevästi kiinnittynyt lapsi voi ilmaista tunteitaan myös liioittelemalla saadakseen huomiota, jota turvallisesti kiinnittynyt lapsi saa normaalilla tunneilmaisulla. Narsistisen häiriön eräs taustatekijä voi olla se, että vanhempi ilmaisee lapselle liioittelun olevan positiivinen vuorovaikutuksen tapa. *Ristiriitaisesti* käyttäytyvän lapsen äiti ei ole vastannut lapsen tarpeisiin johdonmukaisesti tai ennustettavasti. Lapsi itse ei ole kyennyt luomaan itselleen käyttäytymismallia, jota noudattaa vuorovaikutuksessa äidin kanssa. (ks. Hautamäki 2001, 35–37; Sinkkonen 2001, 154.)

Välttelevästi kiinnittynyt lapsi voi myöhemmässä elämässä käyttäytyä aggressiivisesti, lähinnä empatiakyvyn puutteen vuoksi. Taipumus aggressiivisuuteen ei johdu yksinomaan turvattomasta kiintymyssuhteesta, vaan siihen vaikuttavat myös esimerkiksi perheen sosiaalinen asema, heikko lahjakkuustaso ja vaikea temperamentti kaksivuotiaana. Turvattomalla kiintymyssuhteella ja käytöshäiriöillä on myös osoitettu olevan yhteyttä. Jotkut lapsista käyttäytyvät asosiaalisesti varastelemalla tai valehtelemalla, toisaalta on lapsia, jotka saavat raivokohtauksia, mutta eivät ole muuten asosiaalisia. (Sinkkonen 2001, 160–166.)

Turvaton (ristiriitainen tai välttelevä) kiintymyssuhde ei yksin johda psykiatrisiin ongelmiin, mutta on yksi riskitekijöistä. Kiintymyssuhteen merkityksen tiedostaminen auttaa ymmärtämään lasta ja nuorta, joka on kasvanut puutteellisessa vuorovaikutusympäristössä. Turvallisella kiintymyssuhteella on yhteys lapsen myönteiseen kognitiiviseen, sosiaaliseen ja emotionaaliseen kehitykseen. Moni huostaan otettu ja sijoitettu lapsi on kokenut vaikeaa masennusta, kaltoinkohtelua ja useita kiintymyssuhteen katkoksia. Heille on syntynyt reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö, joka vaatii aina hoitoa. Lapsi joko ei ole kiinnostunut kenestäkään, tai kiinnittyy keneen tahansa tuntemattomaankin. Erityisesti sijoitetut lapset ovat tyyppillisesti estottomia. (Sinkkonen 2001, 150, 162, 168, 171.)

Seksuaalinen tai fyysinen kaltoinkohtelu tai hoidon vakava laiminlyönti tuottavat lapselle ahdistusta ja trauman sekä sitä kautta kiintymyssuhdehäiriön. Lapsen tulisi saada runsaasti aikuisen tukea trauman käsittelyssä, mahdollisuuden muodostaa tapahtumista jäsentynyt kuva. Käsittelemätön trauma voi näkyä esimerkiksi niin, että lapsuudessa trauman kokenut syyttää aikuisena itseään siitä, että hänen vanhempansa pahoinpitelivät häntä lapsuudessa. Pahimmillaan lapsuuden kokemukset kaltoinkohtelusta ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä sekä niiden aiheuttaman trauman käsittelemättä jääminen johtavat rajatilahäiriöön. (Sinkkonen 2001, 158–159, 169.)

3.2.2 Sosiaalinen ympäristö lapsen hyvinvoinnin tuottajana

Auttamistyötä on pitkään tehty irrallaan asiakkaan sosiaalisista yhteyksistä. Ihmisen sosiaalisen ympäristön ja verkoston ymmärtäminen on tärkeää, mutta asiakas tulee nähdä myös aktiivisena toimijana ympäristössään, kuten Amartya Sen (1993) omassa toimintakykyteoriassaan on kuvannut. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että lapsen koko sosiaalisen ympäristön huomioiminen päätöksenteossa ja mukaan ottaminen lapsen hyväksi työskenneltäessä tukee lapsen voimaantumista. Olavi Riihinen näkee, että yhteiskunnallisen tekijät vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn. Psykiatriassa on käytössä verkostoituvia hoitomuotoja, joiden pohjalla on näkemys ympäristön vaikutuksista lapsen toimintaan. (Mönkkönen 2002, 54; Riihinen 2002, 183–199; Kaplan ym. 2009, 146–149; Munford & Sanders 2015; Piha & Ehrling 2016.)

Bowlbyn (1951) teoriassa lapsen kasvuun ja kehitykseen sekä hyvinvointiin vaikuttavat ensisijassa häntä läheisesti hoitavat ihmiset. Erityisesti lapsen kasvaessa ja lähtiessä liikkeelle omasta kodistaan, hyvinvointia tuottavien tahojen määrä kasvaa. Lapsen huostaanoton yhteydessä lapsen kasvuympäristö vaihtuu ja lapsen hoitoverkostoon

kuuluu useita tahoja, joista suurin osa on lapsen perheen ja suvun ulkopuolelta. Hyvinvointiteorioissa (Doyal & Gough 1991; Sen 1993; Riihinen 2002) huomioitiin 1990-luvulta alkaen myös yhteiskunnan merkitys yksilön hyvinvoinnille.

Sosiaalityön viitekehykseen ihmisen sosiaalisen ympäristön merkitys tuli Pincusin & Minahanin (1973) kautta. Lähtökohtana oli ihmisen ja hänen ympäristönsä vuorovaikutus. Näkemyksen perusteluna on ihmisen tarve sosiaalisen ympäristön tuottamiin materiaaliin ja psyykkisiin voimavaroihin. Perinteisesti perhe on tuottanut yksilölle resursseja, maailman muuttuessa (teollistuminen, kaupungistuminen ja byrokratisoituminen) myös perheen ulkopuoliset verkostot ovat nousseet merkittävään asemaan ihmisen hyvinvoinnin tuottajina. Ihmisen tukena ovat epäviralliset, luonnolliset verkostot (*informal or natural*) sekä yhteisölliset (*formal or membership*) ja yhteiskunnan (*societal*) tuottamat verkostot. Yhteiskunnan verkostoja ovat erilaiset viralliset auttamistahot. Yhteisölliset verkostot perustuvat jäsenyyteen, esimerkiksi järjestöt, ammattiliitot, yhdistykset. (Pincus & Minahan 1973, 3–4.)

Kaikilla ihmisillä ei ole ympärillään luonnollisia verkostoja tai yhteisöjä, jotka tuottaisivat heille hyvinvointia. Välillä edes viimesijainen yhteiskunnan tukirakenne ei pysty tuottamaan ihmisen tarpeita vastaavia palveluja. Luonnollisia, yhteisöllisiä tai yhteiskunnan järjestelmiä ei joko ole, yksilö ei tiedä niiden olemassaolosta, järjestelmien käytännöt saattavat tuottaa yksilölle uusia ongelmia tai järjestelmät toimivat keskenään ristiriidassa yksilön näkökulmasta. (Pincus & Minahan 1973, 5–8.)

Systemiteorian näkökulmasta sosiaalityön tehtävänä on tukea ihmisiä heidän erilaisissa elämäntilanteissaan. Tavoitteena on tukea ihmisen vuorovaikutusta niissä systeemeissä, järjestelmissä, joihin hän kuuluu. Tämän näkökulman mukaan ihmisen ongelmien nähdään johtuvan siitä sosiaalisesta tilanteesta, jossa hän elää, ensisijaisesti vuorovaikutuksesta eri osien välillä. Työn kohteena on yksilö ja hänen sosiaalisen ympäristönsä vuorovaikutus. Sosiaalityössä tarkkaillaan vuorovaikutusta systeemin sisällä, ihmisen ja systeemin välillä sekä systeemien välillä. Tärkeää on ottaa huomioon myös yhteiskunnan vaikutus yksilön ongelmiin. (Pincus & Minahan 1973, 9–15.)

Myös Bronfenbrennerin ekologisen kasvun teoria kuvaa vuorovaikutusympäristön, eri systeemien merkitystä ihmisen elämään. Pincus & Minahan (1973) kuvasivat systeemien merkitystä sosiaalityön asiakkaiden elämään yleisesti. Bronfenbrenner kiinnittää huomiota sosiaalisen ympäristön merkitykseen erityisesti lapsilla. Teorian mukaisesti lasten kasvuun ja hyvinvointiin vaikuttavat useat sosiaaliset tekijät. Lapsen elämään

vaikuttavat etäämpänä yhteiskunta ja kulttuuri, jossa lapsi elää. Lähempänä vaikuttavat perheen sosiaalinen asema, vanhempien työ, naapurusto, koulu, ystävyysuhteet ja tärkeimpänä lapsen oma perhe ja suku. Mikrosysteemien, kuten päivähoidon ja perheen yhteistyötä Bronfenbrenner kuvaa mesotasoksi. Toimivat, vastavuoroiset suhteet mesotasolla tukevat lapsen sosiaalista kehitystä ja tämän selviytymistä useasta tahosta koostuvassa kasvuympäristössä. (Bronfenbrenner 1979, 209–211, 232; Pösö 2012, 79.)

Mikrotason ja makrotason välillä Bronfenbrenner kuvaa olevan eksotason. Eksotason ihmiset tai tapahtumat eivät ole suoraan yhteydessä lapseen, mutta vaikuttavat välillisesti lapsen elämään esimerkiksi vanhempien kautta. Etäämpänä makrotasolla lapsen hyvinvointiin vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät, kuten kulttuuri ja yhteiskunnan yleinen tilanne (Bronfenbrenner 1979, 237, 258).

Timimi (2010) on esittänyt ajatuksia herättävän näkökulman makrotason suuresta roolista lasten ja nuorten lisääntyneiden käyttäytymishäiriöiden ja psyykkisten sairauksien diagnosoinnissa. Timimi näkee, että nimenomaan yhteiskunnassa tapahtuneet poliittiset, sosiaaliset ja kulttuuriset muutokset muokkaavat suhtautumista lasten käytös- ja tunne-elämän ongelmiin. Nämä muutokset saattavat lisätä diagnosointia ja muokata ihmisten suhtautumista lasten käyttäytymiseen ja tunne-elämään. Lasten sosiaaliset ympäristöt, kuten koulu voivat myös lisätä lasten ongelmia. (Timimi 2010, 687–688.)

Lapsen hyvinvoinnin yhtenä tekijänä ovat tuki- ja palvelujärjestelmät (Forssén ym. 2002, 86–88), joista viimesijaiset, kuten psykiatria ja lastensuojelu, ovat tärkeässä ja suuressa roolissa silloin, kun lapsi kohtaa ongelmia omassa kasvussaan ja kehityksessään sekä sosiaalisessa elämässään. Näistä eksotason tekijöistä tulee lapsen elämän mikrotason vaikuttajia, kun lapsi ja perhe kohtaavat ongelmia. Näiden tahojen keskinäinen yhteistyö, mesotaso, sekä yhteistyö vanhempien ja lasten kanssa tukee lapsen kasvua ja hyvinvointia.

Ihmisen elämä muodostuu erilaisista, esimerkiksi Pincusin & Minahanin (1973) ja Bronfenbrennerin (1979) kuvaamista systeemeistä ja niiden välisestä vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutuksen katsotaan olevan vastavuoroista, yksilöt vaikuttavat eri systeemeihin, joita heidän elämässään on ja erilaiset ryhmät, systeemit, joihin yksilö kuuluu, vaikuttavat hänen elämäänsä. Tämän vuoksi esimerkiksi lastensuojelun asiakkaan tuen suunnittelussa tulisi huomioida hänen elämäänsä vaikuttavat systeemit ja vuorovaikutus systeemien kanssa. Systeemien lisäksi huomio

tulee kiinnittää myös ihmisen psyykkisiin ominaisuuksiin ja omiin resursseihin. (Rostila 2001, 51–53.)

Ekologinen kasvu -systeemiteorian mukaiset tasot: mikro-, meso-, ja makrotasot tuottavat ihmiselle sosiaalista pääomaa. Lasten ja nuorten sosiaalinen pääoma ilmenee sinä sosiaalisena tukena, jonka he saavat aikuisilta. Merkittävää on myös koulun ja kodin tai lasten vanhempien välinen yhteistyö, mesotaso, sekä lasten ja vanhempien väliset suhteet. Sosiaalinen pääoma näkyy myös aikuisten lapsiin kohdistamana valvontana sekä vanhempien ja lasten aktiivisena osallistumisena. Sosiaalinen pääoma edellyttää vastavuoroista tuen, kontrollin ja osallisuuden käytäntöjä. Tällaiset prosessit ja niiden tuottama sosiaalinen pääoma joko edistää tai estää lasten hyvinvointia. (Ellonen & Korkiamäki 2006, 221, 240, 245.) Tarja Tolosen (2014) tutkimuksessa lastensuojelulasten sosiaalisen pääoman lähteinä olivat yksittäiset ystävät ja viranomaiset. Erityisesti viranomaisilla on merkittävä rooli osana lapsen sosiaalista verkostoa ja emotionaalisen tuen lähteinä. (Tolonen 2014, 194.)

Lapsen sijoittaminen sijaishuoltoon tuottaa jo itsessään lapselle voimaantumisen tunteen menettämistä. Sijoittamisen yhteydessä lapsi menettää sosiaalisia suhteita ja hänen sosiaalinen ympäristönsä muuttuu. Hänen tulee rakentaa sosiaalisen pääomansa uudesta sosiaalisesta ympäristöstä. Myös lapsen siirtäminen sijoituksen aikana paikasta toiseen rajoittaa lapsen mahdollisuutta hyödyntää sosiaalisen ympäristön tarjoamaa tukea. (Kaplan ym. 2009, 133; Merritt & Franke 2010, 50.)

Yksilön ja hänen toimintaympäristön ongelmat voivat johtua jäsenten rooliristiriidoista, kommunikaatiosta, ihmisten välisistä suhteista, voimasuhteiden jakautumisesta, lojaliteettiristiriidoista, arvojen ja asenteiden ristiriidoista ja ryhmän tarkoituksesta. (Pincus & Minahan 1973, 230.) Yksilön ja hänen elinympäristönsä ongelmat ovat hyvin samankaltaisia kuin moniammatillisen työskentelyn perusongelmat, joita kuvataan myöhemmin.

3.3 Lapsilähtöisyys

Asiakaslähtöisyyttä voidaan lähestyä käsitteillä asiakkaan etu/oikeudet/näkökulma tai ääni. Käsitteiden epätarkkuus kytkeytyy vahvasti lastensuojelun monimutkaisuuteen, ristiriitaisuuteen ja tulkinnallisiin tilanteisiin. Lapsen etua ja oikeuksia käytetään ohjaamaan

työskentelyä ja päätöksentekoa lastensuojelussa. Lapsen etu toteutuu, kun toimenpiteet valitaan lapsen tarpeiden perusteella, kuten mahdollisuus kasvaa pysyvissä ja huolehtivissa olosuhteissa. Lapsen näkökulma liittyy vahvasti lapsen kuulemiseen, jolla vahvistetaan lapsen osallisuutta omissa asioissaan. Lapsen näkökulma, ääni, kietoutuu yhteen lapsen edun käsitteen kanssa, koska lapsen edun katsotaan toteutuvan, kun hänen näkökulmansa otetaan huomioon. Erottavana tekijänä on se, että lapsen näkökulma on hänen omansa, mutta hänen etuaan tulkitsevat myös aikuiset. Lasten oikeuksien perustana ovat ihmisarvot ja lasten oikeuksien sopimus, joka viittaa lapsen etuun päätöksenteossa yhteiskunnan ja yksilön tasolla. Lapsen oikeuksia ovat muun muassa oikeus suojeluun ja osallisuuteen. (Pösö 2012, 78–89.)

Eskonen ym (2006) näkevät lapsilähtöisyyden lapsen aktiivisena toimintana, mutta lasten aktiivisuutta säätelevät tilanteet, joissa lapsi kulloinkin on. Erilaisissa asiantuntija-asiakas-tilanteissa esiintyy esimerkiksi palvelujen reunaehtoja (byrokratiatyö), jotka määrittävät lapsen mahdollisuutta osallistua (kohtaamistyö). Byrokratiatyössä on kuitenkin mahdollista tapahtua myös asiakkaan kohtaamista, johon eri lait velvoittavatkin. Palveluissa lapsi tulee nähdä asiakkaana, jonka tarpeet ja näkökulmat määrittävät työskentelyä. Tärkeää lapsen kohtaamisessa on lapsen osallisuuden toteutuminen ja se, millä tavalla hän tulee kuulluksi. (Eskonen ym 2006, 22; Bardy 2013, 123–124.)

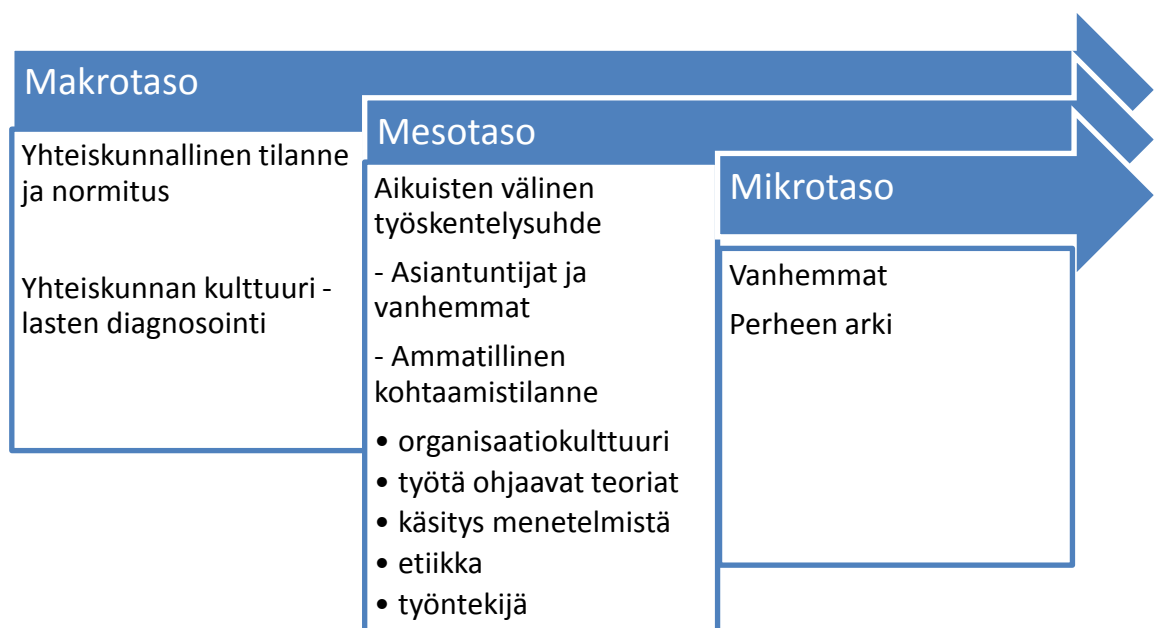
Laajemmin osallisuuden käsitteellä ymmärretään yhteiskuntaan kuulumista ja siihen vaikuttamista (Pölkki ym. 2012, 107). Asiakastyössä osallisuus ilmenee konkreettisesti osallistumisena. Lapsen osallisuuden mahdollistaa aikuisen ymmärrys lapsesta toimijana. Usein aikuiset edellyttävätkin lapselta toimijuutta, omatoimisuutta, mutta riskinä on, että lapselta jää tällöin saamatta hänen tarvitsemansa huolenpito. Erityisesti, jos aikuiset näkevät, että huonon käyttäytymisen vuoksi lapsi saa seuraamuksia, joissa huolenpito unohtuu. Toisaalta lapsen osallistumisen mahdollisuuden määrittelevät aikuiset myös siltä osin, mitä he osallistumisella käsittävät. (Kouvonen 2011, 233.)

Lapsen osallisuuden toteutumisen lähtökohtana on lapsen näkökulman huomioiminen ja lapsen tukeminen omien näkökulmien esiin tuomisessa. Pösö (2012) näkee lapsen näkökulman lapsen edun ja oikeuksien määrittelyä vaikeampana. Lastensuojeluprosessissa lapsen kuulemisen lähtökohtana on lapsen edun selvittäminen lapsen näkökulmasta. Lapsen todellinen kuunteleminen ei kuitenkaan toteudu, koska lapsen edun viimekädessä määrittävät aikuiset. Vaikka tasa-arvoiseen suhteeseen lapsen kanssa ei päästä, eikä välttämättä ole tarkoituskaan, lapsen kunnioittaminen asiakkaana

tukee lapsen edun toteutumista. (Archard & Skivenes 2009; Laitinen & Väyrynen 2011, 180.)

Myös lapsi itse voi kieltäytyä hänelle tarjotusta mahdollisuudesta osallistua. Toisaalta lapsi ei välttämättä kykene osallistumaan esimerkiksi henkilökohtaisista piirteistään johtuen. Lapsen osallistumista tapahtuu harvoin näissä tilanteissa, eivätkä nämä lapset saa voimaantumisen kokemuksia samalla tavalla kuin osallistumiseen kykenevät lapset. (Kouvonen 2012, 58; Pölkki ym. 2012, 107.)

Hurtig (2003) näkee vanhempien olevan keskiössä lastensuojelun työssä, jolloin lapsen asemaa määrittää ”tihkuvan auttamistavan malli”. Malli pohjautuu kiintymyssuhdeteoriaan, jonka mukaisesti lapsi on riippuvainen vuorovaikutussuhteista muihin ihmisiin, ensisijassa vanhempiinsa. Mallin pohjana on myös kokemus siitä, että lasten tuottama tieto omasta tilanteestaan on alisteinen vanhempien ja työntekijöiden tuottamalle tiedolle. (Hurtig 2003, 37–39.) Tihkuvan auttamistavan mallissa on näkyvissä myös ekologisen kasvun teoria. Yhdistelemällä tihkuvan auttamistavan malli ja ekologisen kasvun teoria saadaan malli siitä, mitkä tekijät vaikuttavat lapsen asemaan moniammatillisessa työskentelyssä, jossa tavoitteena on lapsen hyvinvoinnin lisääminen.



Kuvio 2. Lapsen asemaan vaikuttavat tekijät moniammatillisessa työskentelyssä. (mukaillen Bronfenbrenner 1979; Hurtig 2003; Timimi 2010; Niemelä 2011.)

Tihkuvan auttamistavan mallissa merkityksellistä on lapsen näkökulmasta erityisesti aikuisten välinen työskentelysuhde, asiantuntijoiden ja vanhempien vuorovaikutus. Vanhempien näkökulman ohittaminen tai puutteet ongelmien puheeksiottamisessa heijastuvat lapsen asemaan ja lisäävät riskiä lapsen näkymättömäksi jäämiselle. (vrt. Hurtig 2003, 168–169.)

Lastensuojelussa käytetään paljon käsitettä lapsen etu, jolla ei ole selkeää teoreettista pohjaa. Kuten lapsen osallisuuskin, myös lapsen edun määrittely on tilanne- ja työntekijäkohtaista. Eri instituutioissa lapsen etu saa erilaisia määritelmiä. Lastensuojelussa lapsen edulla on käsitetty toimenpiteiden arvioimista lapsen näkökulmasta samoin kuin lapsen tarpeiden huomioimista sekä lapsen suhteiden ja identiteetin kehityksen tukemista. Lapsen etu liitetään kiinteästi myös kiintymyssuhdeteoriaan ja ekologisen kasvun teoriaan. (ks. Pösö 2012, 76–77.)

Sinko ym.(2016, 60) ovat koonneet kysymysluettelon, jonka avulla voi konkreettisesti arvioida lapsen edun toteutumista. Luettelossa ohjataan työntekijöitä arviomaan päätöksiä seuraavista näkökulmista:

- Eri vaihtoehtojen tarkastelu ja valitun vaihtoehdon perustelu lapsen näkökulmasta.
- Lapsen etua määrittelevien lakipykälien huomioiminen ja esittäminen dokumentoinnissa.
- Ratkaisujen jatkuva arviointi lapsen näkökulmasta.
- Lapsen mielipiteen selvittämisen tavat, erityisesti eriävän mielipiteen huomioiminen.
- Ratkaisujen selvittäminen lapselle, erityisesti niiden ratkaisujen, joissa ei ole voitu huomioida lapsen toivetta.

Lapsen asemaa käytännön viranomaistyössä määrittää työntekijöiden näkemys lapsen oikeuksista. Lapsen oikeudet -käsitteen historia paikantuu sosiologiaan. Sosiologiassa lasten oikeudet liitetään lapsen näkyväksi tekemiseen, joka on lähtökohta esimerkiksi lapsen osallisuuteen. Lasten oikeuksien sopimus on merkittävä lasten oikeuksien määrittelijä. Lapsen oikeudet voidaan nähdä juridisina, moraalisisina, tai oikeuksina suojelemaan ja osallisuuteen. Osa työntekijöistä edustaa liberaalia näkökulmaa, jossa lapsi nähdään kykenevänä osallistumaan omiin asioihinsa ja päätöksentekoon. Osallisuuden

näkemyksessä tunnistetaan lapsen aktiivisuus, mutta ei välttämättä anneta lapselle mahdollisuutta todelliseen osallisuuteen. Toisaalta liian osallisuuden painottamisen seurauksena lapsi voi jäädä vaille tarvitsemaansa huolenpitoa ja suojelua. Suojelunäkökulmaa edustavat painottavat aikuisten kontrollia suhteessa lapsiin ja heitä koskevaan päätöksentekoon. Suojelunäkökulma ohjaa työntekijää kohtelemaan lasta passiivisena. (Franklin 1995; Kouvonen 2012, 49; Pösö 2012, 82–83.)

Lisäksi lapsen oikeuksien määrittelyyn vaikuttavat erityisesti sosiaali- ja terveysalalla ammattialojen etiikka sekä näkemykset lapsen tarpeista, hoivasta ja riskeistä (ks. Barnes 2007, 142). Lapsilähtöisyys sekä lapsen edun, oikeuksien ja osallisuuden määrittely ovat tilanne- instituutio- ja työntekijäsidonnaisia. Tämä eri tahojen toisistaan poikkeava tilannemäärittely on riskinä moniammatillisessa työskentelyssä, jos tilanteissa ei tosiasiaassa oteta lasta aktiiviseen rooliin. Eri tahot voivat painottaa lapsen asemaa eri tavalla, joko aktiivisena toimijana tai suojelun tarvitsijana. Käsitteiden yhteisenä tavoitteena tulisi olla työskentelyn toteutuminen niin, että lapsi on keskiössä, ”itsenäisenä osapuolena yksilöllisine oikeuksineen”. (Pösö 2012; Hurtig 2006; Hurtig 2003, 33; Kouvonen 2012, 21.) Moniammatillisessa työskentelyssä lähtökohtana olisikin selvittää kaikkien ammattiryhmien näkemys lapsen oikeuksista ja millä tavalla lapsen oikeudet on esimerkiksi eri lainsäädännöissä määritelty.

3.4 Moniammatillinen yhteistyö – asiakkaita poissulkeva rajatyö

Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammattikuntien välistä yhteistyötä, joka toteutuu organisaatioiden sisällä, eri organisaatioiden välillä tai verkostoissa (Pärnä 2012, 45). Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisen työskentelyn lähtökohtana on asiakkaan kokonaisuuden huomioiminen, erilaisiin ongelmiin ja tarpeisiin vastaaminen. Tavoitteena on paremman tuloksen saaminen kuin yksittäisten tahojen tai henkilöiden työskentely tuottaisi. (Isoherranen 2006, 14–15; Pärnä 2012, 27, 176.)

Moniammatillista työskentelyä voidaan lähestyä verkostoitumisen ja dialogisuuden näkökulmasta. Palveluiden dialogisella kehittämisellä, ylisektorisella yhteistyöllä, tavoitellaan yhteistyön toteutumista monitoimijaisena yhteistyönä, jossa sektorirajat on ylitetty. Eri ammattitaustan omaavat työntekijät tuovat yhteistyöhön oman osaamisensa, joka perustuu vahvaan ammatti-identiteettiin. Työntekijöiden vastuulla on tunnistaa

asiakkaan tarpeet ja dialogin avulla auttaa asiakasta yhteistyössä muiden ammattiryhmien edustajien kanssa. Dialogissa asiakas otetaan osalliseksi omassa asiassaan, mikä on myös asiakkaan voimaantumisen lähtökohta. (Pärnä 2012, 25, 137, 218; Muukkonen 2014, 165; Heinonen 2014, 52–55.)

Sosiaalityön ja terveydenhuollon toiminnan perusteissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillista yhteistyötä. Työkäytännöt kuitenkin perustuvat usein oman ammattikunnan näkökulmiin. Moniammatillisuus nähdään usein hyvin pinnallisena yhteistyönä, jonka katsotaan toteutuvan verkostopalavereissa tai asiakkaan ohjaamisessa toisiin palveluihin. Omaan näkökulmaan nojautuminen ja toimintatapojen määrittäminen sen mukaisesti tuottaa ristiriitaisia tapoja työskennellä erityisesti, jos ollaan tietämättömiä toisten toimintatavoista. (Pincus & Minahan 1973, 20; Pärnä 2012, 27–28.)

Abbot (1988) käyttää moniammatillisen työskentelyn yhteydessä termiä rajatyö, joka muodostuu oman profession valtuutuksien kiinnipitämisen ja yhteistyön vaatimusten välille. Professionilla on ns. valtuutuksia tiettyyn ongelmaan, sosiaalityöntekijöillä lastensuojeluasiakkaiden problematiikkaan ja psykiatrialla mielenterveysongelmiin. Yhteistyössä eri professiot kilpailevat siitä, millaisia valtuutuksia niillä on diagnosoida ongelmia, löytää niille syy sekä ratkaista ja hoitaa ongelmaa. Eri ammattilaisten edustamat professiot toisaalta suojaavat omaa osaamista, toisaalta vaikuttavat toisiinsa. (Abbott 1988, 36–39; Pärnä 2012, 29–30.)

Rajatyötä määrittävänä tekijänä voidaan professionaalisuuden lisäksi pitää organisaatiokulttuuria. Kukin moniammatilliseen työskentelyyn osallistuva ammattilainen toimii osana omaa organisaatiokulttuuria ja edustaa moniammatillisessa työskentelyssä organisaationsa käytäntöjä ja työskentelyä. Moniammatilliseen työhön osallistuvilla on positiivisia odotuksia yhteistyöstä. Kuitenkin halutaan myös suojata omaa ammattiosaamista. Aikaisemmat kokemukset yhteistyöstä ohjaavat myös moniammatilliseen työhön orientoitumista. (Pärnä 2012, 29–30; 125, 133.)

Toimivassa rajatyössä jokainen työntekijä osaamisalueineen nähdään lisäarvona yhteistyölle. Huonosti toimivassa rajatyössä ammattikunnat pitävät kiinni omasta ydintehtävästään ja suojelevat sitä. Rajanylitysten puuttumista perustellaan myös työtä ohjaavaan lainsäädäntöön tai hallintoon ja johtoon vetoamalla. Toimimattomassa työskentelyssä vastuunjako ei ole selvillä ja asiakkaan ongelmat pyritään siirtämään toisten ratkaistavaksi. Asiakkaat eivät koe tulevansa kuulluksi, eivätkä useat

verkostokokoukset tuota asiakasta hyödyttäviä tuloksia. Kukin taho työskentelee vain oman viitekehjensä perusteella, ja kun asiakkaan tilanne ei parane, yritetään vaikuttaa muiden tahojen työskentelyyn. Työskentelyssä ei synny dialogisuutta eikä rajojen ylityksiä. (Seikkula & Arnkil 2005, 9, 17; Pärnä 2012, 138; ks. Pösö 2012, 90.)

Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön arjessa rajatyö näyttäytyy kädenvääntönä siitä, kumman näkemys lapsen ongelmista määrää sen, kuka lasta hoitaa. Jos psykiatria ei diagnosoi lapsella psyykkistä sairautta, lastensuojelu vastaa lapsen hoidon ja huolenpidon järjestämisestä silloin, kun vanhemmat eivät siihen kykene. Tällainen ongelmalähtöinen lähestymistapa ei tuota lopputulosta, jossa asiakas saisi valmiuksia selviytyä hankalista tilanteista (Ungar ym. 2014, 676).

Rajatyössä asiakkaan prosessi muodostuu monimutkaiseksi myös sen vuoksi, että tieto ei kulje eri asiantuntijoiden välillä. Salassapidon luoman ongelman ratkaisuna on asiakkaan mukaanottaminen kaikkiin tilanteisiin, jossa hänen asioitaan käsitellään. Tällöin asian käsittely lähtee asiakkaasta ja hänen tilanteestaan professioiden keskinäisen kilpailun sijasta. Tällöin ei myöskään yksittäisen asiantuntijan tarvitse yrittää ratkaista ongelmaa yksinään. Asiakkaan näkökulmasta tällainen käytäntö antaa hänelle mahdollisuuden olla aktiivisena jäsenenä pohtimassa omaa tulevaisuuttaan eikä vain toimenpiteiden kohteena. (Pärnä 2012, 136.)

Moniammatillisen työskentelyn lähtökohdaksi tulisikin ottaa asiakkuus omien rajojen varjeluun sijasta. Asiakaslähtöinen yhteistyö vaatii myös konkreettisia toimia asiakkaan tilanteen parantamiseksi. (Pärnä 2012, 40, 141.) Työskentelyssä tulisi ylittää asiantuntijoiden väliset sektorirajat, mutta myös asiantuntija – maallikko suhteessa olevat rajat (Seikkula & Arnkil 2005, 9). Rajojen ylittämistä helpottaisivat Edwardsin (2010) mukaan:

- keskittyminen asiakkaaseen kokonaisvaltaisesti ja osana hänen toimintaympäristöään
- työn tarkoituksen ja tavoitteen selkiinnyttäminen sekä avoimuus eri vaihtoehdoille
- omien ja toisten ammatillisten arvojen ymmärtäminen
- paikallisten verkostojen tuntemus
- pedagogisen asenteen omaksuminen työn lähtökohdaksi
- olemalla vastaanottavainen toisille (ammattilaiset ja asiakkaat)

- sääntöjen joustava tulkitseminen ja riskien ottaminen
- parempien yhteistyövälineiden ja käytäntöjen kehittäminen
- käytäntöjen ja prosessien luominen, jotka mahdollistavat tietojen vaihdon ja niiden käyttöönoton käytännössä sekä käytännöistä oppiminen (Edwards 2010, 44–45).

Pärnän (2012) tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön yhdeksi edellytykseksi nousi luottamus yhteistyökumppaneihin. Avoin kommunikaatio, onnistunut dialogi, luo perusedellytykset työskentelylle, samoin yhteiset tavoitteet ja vastuunotto. Luottamus luo edellytykset työskentelyn sisällön suunnitteluun. Onnistunut dialogi tuottaa lisäksi yhteisen näkemyksen asiakkaan kokonaistilanteesta, jossa on huomioitu myös asiakkaan verkosto. Dialogin avulla on mahdollisuus reflektoida omaa toimintaa ja muuttaa sitä tarvittaessa. (Seikkula & Arnkil 2005, 17; Isoherranen 2006, 16; Pärnä 2012, 14, 152.)

Luottamuksellisessa ilmapiirissä luodut yhteistyön rakenteet edesauttavat asiakkaan näkemisen ja hänen lähtökohdistaan tapahtuvan työskentelyn professioiden keskinäisen kilpailun sijasta. Tällöin tapahtuu rajojen ylityksiä, jotka Isoherrasen (2006) mukaan ovat ”organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskenneltäessä”. Myös asiakkaan luottamus hänen asioitaan hoitavaan moniammatilliseen tiimiin on merkittävä tekijä hoidon onnistumisessa. Asiakkaan luottamuksen rakentumisen ehtona on asiakkaan mukaanottaminen keskusteluun, onnistunut dialogi ja asiakkaan kuulluksi tuleminen kokemus. Tämä haastaa ammattilaiset käyttämään kieltä, jonka asiakas ymmärtää ja sitä kautta edistämään asiakkaan mahdollisuutta olla osallinen omilla asioissaan. (Isoherranen 2006, 16, 146.)

Tämän hetken moniammatillisen työskentelyn vaatimus liittyy erityisesti poikkihallinnolliseen työhön ja siihen sisältyvään rajojen ylittämiseen. Poikkihallinnollinen työskentely tuottaa etua erityisesti moniongelmaiselle asiakkaalle, jonka asiaa käsitellään kokonaisvaltaisesti. Samalla työskentely tuottaa lisäresursseja asiakkaan asioiden hoitamiseen. Poikkihallinnolliseen työskentelyyn liittyy myös eettinen kysymys vallasta. Useat ammattitahot ovat valta-asemassa suhteessa asiakkaaseen, jolloin asiakkaan on vaikeampi valittaa esimerkiksi saamistaan palveluista. Asiakkaan ongelmia määrittellään neuvotteluissa, joissa on läsnä useita osapuolia. Neuvottelussa jokin määrittely voi saada valta-aseman ja asettaa muut määrittelyt heikompaan asemaan. Ongelmien määrittelystä puhutaan myös termeillä kategorisointi

ja luokittelu. Valta-asemassa olevan määrittelyn perusteella valikoituvat tapauksessa käytettävät menetelmät ja toimenpiteet. Valta-asettelussa asiakkaan oma näkökulma jää kuulematta, ja toimenpiteet voivat määrittyä vain yhden verkoston jäsenen ja hänen edustamansa organisaation mukaan. Tämä aiheuttaa myös asiakkaan epäluottamusta työntekijää kohtaan. Suoran vallankäytön sijasta vuorovaikutustilanteessa usein kuitenkin käytetään suostuttelua, joka perustuu valta-asemassa olevan näkökulman toteutumiseen hienovaraisemmin. (Juhila ym. 1995, 20–22; Jokinen ym. 1995, 17; Mönkkönen 2002, 56; Määttä 2007, 28–29; Laitinen & Väyrynen 2011, 179–183.)

Määttä (2006) tutkimuksen mukaan poikkihallinnollinen yhteistyö onnistuu parhaiten, kun yhteistyö perustuu yhdessä tunnistettuun ongelmaan. Yhteistyön toimivuutta tukevat myös selkeä työnjako ja työskentelyn perustuminen lainsäädäntöön. (Määttä 2004, 578–579.) Yhdessä tunnistettu ongelma tuo työntekijälle tunteen siitä, että hän tarvitsee tuekseen muita ammattilaisia ja vastaavasti muut kokevat tarvitsevänsä häntä. Kysymyksessä on positiivinen riippuvuus, jonka voi katsoa olevan toimivan yhteistyön edellytys. (Pärnä 2012, 186.)

Määttä (2004) on tutkimuksensa perusteella luonut ehkäisevän moniammatillisen työryhmän vaihemallin. Malli sellaisenaan soveltuu myös kuntouttavia palveluja tarjoavien työryhmien toiminnan arviointiin. Mallin soveltaminen kuntouttavaan työhön vaatii asiakkaan huomioimisen ja mukaan ottamisen joka vaiheessa. Mallin mukaisesti toimiva yhteistoiminta koostuu seuraavista vaiheista:

Neuvotteluvaihe → Yhteistoimintavaihe → Arviointivaihe → Vakiintumisvaihe.

Neuvotteluvaiheessa luodaan yhteiset tavoitteet, joihin jokainen osapuoli sitoutuu. *Yhteistoimintavaiheessa* toimitaan konkreettisesti asiakkaan tilanteen parantamiseksi ja samalla toiminta kehittyy. *Arviointivaiheessa* toimintaa kehitetään edelleen tai päätetään toimia toisin arvioinnin perusteella. *Vakiintumisvaiheessa* toiminta on kehittynyt vakituisesti toimintatavaksi, joka kehittää myös uutta tietoa. (Määttä 2004, 23.) Toimivan moniammatillisen työn vaiheet ovat näin ollen samankaltaiset yksilökohtaisen asiakastyön vaiheiden kanssa.

Mönkkönen (2002) on Carl J. Couchin (1986) teoriaa mukaillen jakanut sosiaalisen vuorovaikutuksen viiteen eri tasoon; tilanteessa olo, sosiaalinen vaikuttaminen, peli, yhteistyö, yhteistoiminta. *Tilanteessa olon* tasolla henkilöt ovat samassa tilassa, mutta eivät vuorovaikutuksessa keskenään. *Sosiaalisen vaikuttamisen tasolla* henkilöt alkavat

olla vuorovaikutuksessa keskenään ja hakevat keskinäistä valtasuhdetta. Moniammatillisessa työskentelyssä tämä ilmiö tulee esille tilanteissa, joissa vain yhden tai osan työskentelyyn osallistuvan tahon ääni tulee kuulluksi ja toimenpiteiden perustaksi. *Pelin tasolla* ei vielä toimita yhdessä, päämäärä on sama, mutta kukin osapuoli haluaisi ”voittaa” käynnissä olevan pelin. *Yhteistyön tasolla* osapuolilla on yhteisen tavoitteen lisäksi yhteinen tehtävä ja toiminta tapahtuu yhteistyössä. *Yhteisyyden tasolla* yhteisen tavoitteen ja toiminnan lisäksi on tunne ”me”-hengestä. (Mönkkönen 2002, 43; Couch 1986, 114–139.)

Metteri ja Hotari (2011) ovat tutkineet nuorten moniammatillista auttamista työntekijöiden eettisen kuormittumisen näkökulmasta. Työntekijöiden kuormittumista aiheuttavat vastuunjaon ongelmat, toisten ammattitaidon ohittaminen ja se, ettei yhdessä tehdystä suunnitelmasta pidetä kiinni. Toisen toimijan toimintatapoihin tutustuminen on haastavaa työntekijöiden ajan puutteen vuoksi. Tämä aiheuttaa myös eettisen ristiriitatilanteen, tuleeko leikata asiakastyöhön käytettävää aikaa palvelujärjestelmän paremman tuntemuksen saavuttamiseksi. (Metteri & Hotari 2011, 77, 87.)

Useissa näkemyksissä toimivasta moniammatillisesta työskentelystä painotetaan asiantuntijoiden keskinäisiä suhteita, vuorovaikutusta ja toiminnan tapaa. Asiakas jää näkymättömäksi, vaikka keskeistä olisi arvioida moniammatillisen työskentelyn prosessia ja tulosta asiakkaan näkökulmasta (Metteri & Hotari 2011, 87; Pärnä 2012, 195).

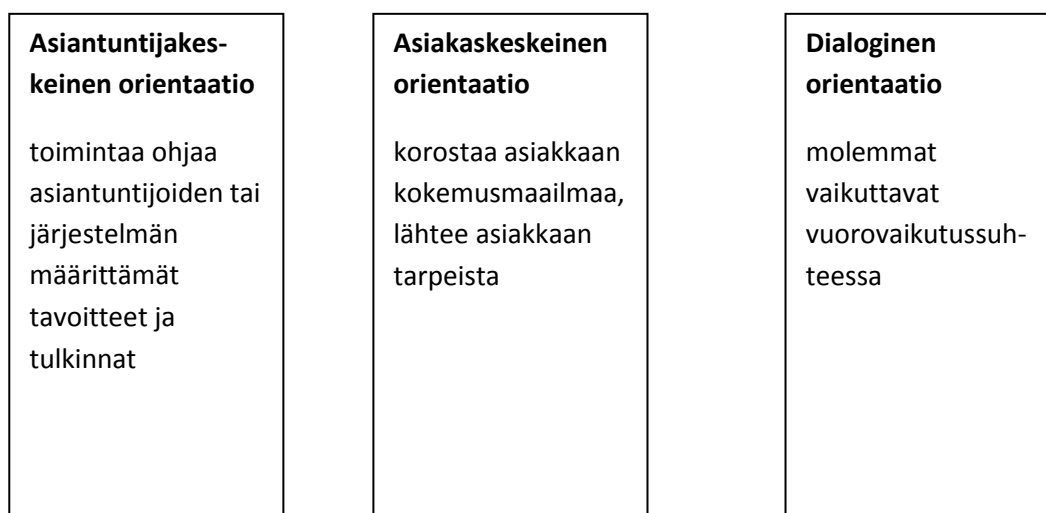
3.5 Lapsi viranomaisyhteistyön keskiössä

Allardtin (1976, 46) näkemyksen mukaan omiin asioihin osallistuminen on tärkeä osa hyvinvoinnin being-ulottuvuutta. Lapsen ja vanhempien osallisuus heitä koskevissa asioissa on merkityksellistä sen vuoksi, että lapsi tulee kuulluksi ja hänen tuottamansa tieto lisää hänen itsensä, hänen vanhempiensa ja työntekijöiden käsitystä tilanteesta. Lapsen osallisuuden kautta hän saa välitöntä suojelua kohtaamisissa ja suojelua myös prosessin taholta, kun lapsen esille nostamat asiat ovat tulleet tietoon. Osallisuuden kautta on mahdollista nostaa esille lapsen ja perheen voimavarat, joita voidaan käyttää tilanteen tukena. Lapsen osallisuuden kautta esille tulevat lapsen kokemukset ovat tärkeää tietoa työskentelyn arvioimiseksi ja kehittämiseksi. (Muukkonen 2014, 172–173.)

Lastensuojelun ja psykiatrian työntekijät edustavat yhteiskuntaa, jonka tehtävänä on tukea lasten sosiaalisten tarpeiden täyttymistä. Laajemmin yhteiskunta vastaa lasten sosiaalisista tarpeista tarjoamalla koulutusta sekä sosiaali- ja terveystalveluja. (Kouvonen 2012, 12.) Asiakastasolla työntekijät puolestaan vastaavat lapsen sosiaalisten oikeuksien toteutumisesta eri tilanteissa, mikä tukee lapsen sosiaalisten tarpeiden täyttymistä.

Viranomaisyhteistyössä asiakkaan, lapsen, asemaan vaikuttavat kaikki verkostossa mukana olevat tahot. Verkostoissa esiintyy ristiriitoja asiantuntijoiden kesken tai asiantuntijoiden ja vanhempien välillä. Tämä voi näyttäytyä esimerkiksi aikuistahojen vallankäyttönä suhteessa toisiinsa tai lapseen. Vallankäytön muotona voi olla esimerkiksi valmiiden vaihtoehtojen antaminen lapselle, jolloin työskentely ei ole tosiasiasa lapsilähtöistä, vaikka lapselle annetaan mahdollisuus ilmaista mielipiteensä. Tai aikuiset ilmaisevat tietävänsä, mikä on lapselle parasta lasta kuulematta. (Barnes 2007, 140; Kouvonen 2011, 221; Hotari ym. 2014, 157.) Asiakslähtöisyyden perustana on, että asiakkaan omaa toimintaa ja käsityksiä kunnioitetaan. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omien asioidensa etenemisjärjestykseen ja hänen tulee saada asiallista kohtelua. (Rostila 2001, 39.)

Mönkkönen (1999, 2002) on luokitellut kolme erilaista orientaatiota vuorovaikutukselle asiakastyössä:



Asiantuntijakeskeisessä orientaatiossa työntekijä kokee tietävänsä asiakasta paremmin asiakkaan ongelmat tai työntekijä ilmaisee, ettei ymmärrä asiakkaan ongelmaa. Orientaation heikkous on myös se, että ongelmat nähdään ensisijassa asiakkaan ongelmina. Tähän voidaan liittää myös kysymys vallankäytöstä; asiantuntija ottaa

vuorovaikutuksessa vahvan aseman määrittelemällä esimerkiksi lapsen tilanteen ja edun. Asiantuntijakeskeisyys lasten ja nuorten kanssa tehtävässä työssä voidaan nähdä aikuiskeskeisyytenä, jossa toimintaa ohjaavat nuoren ympärillä olevat aikuiset, jotka myös määrittävät käsillä olevan ongelman. (Mönkkönen 1999, 14; Mönkkönen 2002, 53–57; Eskonen ym. 2006, 40.)

Asiakaskeskeisessä orientaatioissa työntekijän rooli on passiivisempi ja työskentely on asiakasvetoista. Työntekijän aktiivisuutta kuvaa työntekijän tekemät kysymykset, jotka vievät työskentelyä eteenpäin (vrt. asiantuntijakeskeisyys, jossa työntekijä ei juuri kysy). Asiakaslähtöisessä orientaatioissa työskennellään asiakkaan kanssa vastavuoroisesti kommunikaation ja toiminnan tasolla. Asiakas nähdään oman elämänsä subjektina, ja toiminnan perustana ovat asiakkaan omat lähtökohdat. Lasten ja nuorten kanssa tehtävässä työssä voidaan puhua lapsikeskeisyydestä, jonka tavoitteena on tehdä lapsi näkyväksi ja jonka perustana ovat lapsen tarpeet. Lapsikeskeisen työskentelyn ei kuitenkaan tule johtaa siihen, että toiminta tapahtuu täysin lapsen tai nuoren ehdoilla ja valta on siirtynyt aikuisilta lapsille. (Mönkkönen 1999, 119; Mönkkönen 2002, 53)

Lapselle tulisi tarjota mahdollisuus ilmaista itselleen tärkeitä asioita, näkemyksiä omasta ja perheen tilanteesta. Lapsella saattaa olla tietoa, joka ei muuten tulisi tietoon, ellei sitä kysyttäisi lapselta suoraan. Lapsi tulisi nähdä yksilönä, jonka tuottama tieto on tärkeää hänelle itselleen ja työntekijälle. Pelkkä lapsen tapaaminen tai läsnäolo tilanteissa ei vielä tarkoita sitä, että lapsilähtöisyys toteutuisi. Lapsen todellinen osallisuus toteutuu harvoin silloin, kun asiantuntijat etsivät tietoa päätöksenteon tueksi. Sen sijaan, kun arvioidaan lapsen arkea ja kokemuksia, on lapsi useammin läsnä ja osallisena. Työskentely on lapsilähtöistä, kun lapsella on mahdollisuus olla toimijana omassa asiassaan, ei vain toiminnan kohde. (Eskonen ym. 2006, 41–42; Hurtig 2006, 183; 192; Muukkonen 2014, 169.)

Lapsen mukaanottaminen moniammatillisen palaverin keskusteluun toteutetaan usein antamalla lapselle oma hetki kertoa näkemyksistään, esimerkiksi palaverin alussa. Näin voidaan huomioida se, että lapsella on mahdollisuus tuoda esille asioita, jotka vaativat käsittelyä. Lapsi ei tapaamisissa pysty itsenäisesti käyttämään valtaa, jolloin ainoa keino hänelle voi olla paikalta poistuminen. Eskosen ym. (2006) tutkimuksessa tulee esille, että palavereissa, jotka tähtäävät päätöksentekoon, viranomaisen ja nuoren puhe eivät kohtaa. Viranomainen ei tuota tietoa nuoren tarvitsemalla konkreetian tasolla, eikä nuori koe, että hänet olisi huomattu. Palavereissa piilotavoitteena on, että lapsi osaa poimia keskustelusta

normeja ja sääntöjä, vaikka niitä ei konkreettisesti yhdistetäkään hänen tilanteeseensa (Eskonen ym. 2006, 26–43.)

Dialogisessa orientaatioissa tai dialogikeskeisyydessä pyritään mahdollisimman samankaltaiseen tulkintaan tilanteesta. Dialogisuuteen pyrkiminen asiakassuhteessa näyttäytyy tasavertaisena suhteena ja avoimena keskusteluna ongelmien nimeämisen tai asiakaan näkemysten painottamisen sijasta. Dialoginen aikuisuus määrittää lapsen ja aikuisen välisen vuorovaikutuksen vastavuoroisena suhteena, mutta vastuu on nimetty aikuiselle. Yksilötyössä aikuisen vastuunottamiseen liittyy kuitenkin riski siitä, että lapset oppivat toimimaan yksilökeskeisesti sen sijaan, että he oppisivat ottamaan yhteiskunnallista ja sosiaalista vastuuta. Dialoginen suhde nuoren kanssa tukee nuoren yhteiskuntavastuu-käsityksen syntyä. (Mönkkönen 1999, 120–121; Mönkkönen 2002, 53–57.)

Onnistuneessa dialogissa lapsen kanssa rakentuu lapsen osallisuus. Lapsi nähdään aktiivisena vuorovaikutukseen osallistuvana toimijana (Hurtig 2006, 192). Muukkonen (2014) puhuu prosessiosallisuudesta ja kohtaamisosallisuudesta. Kohtaamisosallisuudessa toteutuu dialogi lapsen kanssa. Prosessiosallisuudessa lapsi on osallisena asiakasprosessissa, mutta hänen ei ole välttämätöntä olla läsnä jokaisessa neuvottelussa, kunhan joku on selvittänyt lapsen ajatukset ja vie neuvottelun jälkeen tiedon lapselle. Lapsen läsnäolo tapaamisissa mahdollistaa lapsen osallisuuden muodostumista kohtaamisosallisuudeksi. Prosessiosallisuutta ja kohtaamisosallisuutta syntyy, kun

- lapsi on puheen aiheena
- lapsi nähdään
- lapsen ja vanhemman vuorovaikutus koetaan
- turvataan lapsen osallisuus tietoon omasta ja perheensä tilanteesta sekä käynnissä olevasta prosessista
- lapsi kohdataan tapaamisissa
- lapsi on kohtaamisen keskiössä, hän tuottaa tietoa ja käsittelee sitä
- lapsi on arvioijan roolissa. (Muukkonen 2014, 167.)

Lapsen näkökulman selvittämisen taustalla eri tilanteissa ovat juridis-muodolliset, arvioivat tai osallistavat perustelut. Muodollisesti lasta kuullaan juridisen päätöksenteon yhteydessä, kuten huostaanoton kuulemisessa. Muukkonen (2014) määrittelee tällaisen

kiinteästi byrokratiatyöhön liittyvän osallisuuden prosessiosallisuudeksi. Työntekijällä on velvollisuus kuulla lasta, mutta päätöksenteko ei silti välttämättä perustu lapsen mielipiteeseen. Arvioivassa keskustelussa työntekijä käy asioita läpi lapsen kanssa työstämällä tapahtumia ja niiden lapselle aiheuttamia tunteita. Lasta autetaan ymmärtämään asioita, jolloin puhutaan kohtaamisosallisuudesta. Kohtaamisosallisuuden tärkein elementti lapsen osallisuuden tukemisessa on suora vuorovaikutus lapsen kanssa. Jos lapsi on pieni, eikä hänen kanssaan ole mahdollista keskustella, arvioidaan lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta, lapsen leikkiä, piirtämistä ja ryhmässä toimimista. Lapselle on merkityksellistä, että hän on osa prosessia, joka tehdään lapselle ymmärrettäväksi ja tietoiseksi. Tämä onnistuu niin, että lapsi voi olla osallinen sen kaikissa vaiheissa; syistä, tavoitteista, arvoista, keinoista ja suunnitelmista keskusteltaessa. Tällöin puhutaan osallistavasta tiedonkeruusta. (Hurtig 2006, 179–188; Muukkonen 2014, 168–169; Hotari ym. 2014, 155.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tulisi perustua asiakaslähtöisyydelle ja asiakkaan osallisuudelle. Asiakkaan osallisuus ymmärretään teorian tasolla, mutta erityisesti lastensuojelussa se toteutuu puutteellisesti (Hotari ym. 2009). Eskonen ym. (2006, 42) kuvaavat vuorovaikutuskäytäntöjä lastensuojelun palveluissa. Vuorovaikutustilanteita ohjaavat vuorovaikutuksen tavoitteet, lapsen aseman määrittely sekä lapsen osallisuus. Kun työssä halutaan tieto päätöksentekoa varten, lapsi nähdään asianosaisena, mutta hän ei välttämättä ole itse läsnä tiedonkeruussa. Tämä muoto vastaa Muukkosen (2014) prosessiosallisuutta. Koska lastensuojelun päätöksentekoa ohjaa lainsäädäntö ja lasta koskevat päätökset tulee osoittaa lapsen tilanteesta kerätyllä faktalla, jää lapsen osallisuus puutteelliseksi. Muukkosen (2014) kohtaamisosallisuutta vastaavat Eskosen ym. (2006, 42) määrittelemät tilanteet, joissa lapsi nähdään kasvatettavana ja autettavana. Tällöin lapsi on läsnä useimmiten tai aina. Hänen kertomuksen perusteella arvioidaan, millä tavalla häntä voidaan tukea ja hänen selviytymistään edistää. Tällaista kohtaamisosallisuutta tulisi tapahtua lapsen sijoituspaikassa, jossa hän oppii vuorovaikutuksen taitoja ja jossa hänen on mahdollista vahvistaa omaa elämänhallintaansa saamalla kokemuksia osallisuudesta. (Eskonen ym. 2006, 44).

Taulukossa yksi on kuvattu lapsen osallisuuden muotoja suhteessa prosessi- ja kohtaamisosallisuuteen. Lapsen osallisuuden toteutuminen on tiiviisti sidoksissa aikuisten rooliin, millä tavalla he tukevat lapsen osallisuuden toteutumista prosessissa ja millaisia heidän vuorovaikutuskäytäntönsä ovat (Eskonen ym. 2006, 44; Hotari ym. 2013, 151–153).

Prosessiosallisuus	Kohtaamisosallisuus
Lapsen näkemykset otetaan huomioon	Lapselle annetaan mahdollisuus ja tuetaan itsensä ilmaisemisessa
Lapsella on oikeus ja mahdollisuus saada tietoa tilanteestaan	Lasta kuunnellaan
Lapselle annetaan mahdollisuus valita	Lapsen kanssa jaetaan valtaa ja vastuuta
Lapsi otetaan mukaan päätöksentekoon	Lapselle annetaan mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin

Taulukko 1. Lapsen osallisuuden muodot prosessi- ja kohtaamisosallisuudessa. Mukailten Thomas (2002), Eskonen ym (2006), Hotari ym (2013), Muukkonen (2014).

Lapset arvostavat työntekijöitä, jotka välittävät heistä, ovat ystävällisiä ja huumorintajuisia. Lapset arvostavat myös ammatillisuutta ja hyviä käytäntöjä. Työntekijän toivotaan osoittavan kunnioitusta, kiinnostusta, aitoa kuuntelemista, arvostusta sekä kohtaavan lapset tasavertaisina yksilöinä. (Barnes 2007, 147.)

4 Aikaisemmat tutkimukset lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöstä

4.1 Lastensuojelun ja psykiatrian palvelujen järjestäminen

Lapsen asemaa lastensuojelussa, lapsen olemista työskentelyn keskiössä, on alettu tutkia 1990-luvulla ja aihe on saanut huomiota kasvavasti 2000-luvulla. (esim. Hurtig 2003, 20; Forsberg ym. 2006; Kouvonen 2012; Bardy 2014.) Sosiologiassa on 1980-luvulla

kiinnostuttu lapsen asemasta aktiivisena toimijana (Kouvonen 2012, 19). Lapsen asemaa sosiaali- ja terveystoimen yhteistyössä on tutkittu vähemmän. Teemaa on sivuttu muun muassa lastensuojelun ja psykiatrian rajapinta -hankkeen julkaisussa (Timonen-Kallio & Pelander 2012). Yhteistyötä on sen sijaan tutkittu erityisesti organisaatioiden ja työntekijöiden näkökulmasta, mutta sitäkin niukasti (Lahti & Ellilä 2013; Kiuru & Metteri 2014).

Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintoja tutkivassa hankkeessa tuli esille, että lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyö on lisääntynyt viime vuosina, mutta on vielä paljon yksittäisen työntekijöiden asenteiden varassa. Yhteisenä huolena sosiaalitoimella ja terveystoimella on viimesijaisten hoitomuotojen tarpeen lisääntyminen: osastohoidot psykiatriassa ja huostaanotot lastensuojelussa. Tärkeänä pidettiin ennaltaehkäisevään työhön panostamista, viimesijaisten keinojen käyttötarpeen ehkäisemistä. (Ristseppä & Vuoristo 2012.)

Kiurun ja Metterin (2014) tutkimuksessa lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöstä puhutaan rajatyönä. Tutkimuksen mukaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyö toteutuu käytännön tasolla nuoren turvaamisena, tilanteen pysäyttämisenä ja kriisityönä sekä arjen tukemisenä ja perheen auttamisena. Nuoren avuntarve määritellään lastensuojelun ja psykiatrian keskinäisessä vuorovaikutuksessa sekä molempien omien tehtäväkenttien kautta. Tämä määrittelee nuoren aseman ja asiakkuuden yksittäisissä palveluissa sekä näiden muodostamassa verkostossa.

Turvaamisen tehtäväalueella yhdistyvät psykiatrian ja lastensuojelun palveluiden tarve. Tavoitteena on ennaltaehkäistä lapsen arjesta nousevia turvattomuuden kokemuksia tai reagoida nuoren tekemään tai kokemaan väkivaltaan. Tilanteen pysäyttäminen ja kriisityö poikkeavat turvaamisen tehtäväalueesta kohdentuen nuoren akuuttiin tilanteeseen ennaltaehkäisevän näkökulman sijasta. Marttusen ym. (2004, 47) tutkimuksen mukaan kriisityöstä hyöttyy käytöshäiriöinen, aggressiivinen, nuori, joka on vaaraksi itselleen tai ympäristölleen. Sekä turvaamisessa että kriisityössä lastensuojelu ja psykiatria kohtaavat, kun pohditaan lapsen sijoittamista kodin ulkopuolelle. Arjen tukeminen ja perheen auttaminen nähdään Kiurun & Metterin (2014) tutkimusaineistossa ensisijaisesti lastensuojelun tehtävänä. Arjen tukeminen tapahtuu lapsen elinympäristön mikrotasolla, kuten koulussa, kotona, tai vaihtoehtoisesti sijoituspaikassa. Arjen ja perheen tukeminen nähdään psykiatrisen hoidon tärkeäksi tueksi, mikä vahvistaa lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön tarvetta. (Kiuru & Metteri 2014.)

Sinko ym. (2016) ovat tehneet selvityksen haastavien lasten sijoituspaikkojen valinnasta. Sijoituspaikan valinnan kannalta haastavina nähdään maahanmuuttajalapset, vammaiset sekä psykiatrisista oireista kärsivät nuoret. Tutkimuksessa sosiaalialan edustajat kokivat, että lapselle on vaikea saada palveluja psykiatriasta eikä sosiaalialan asiantuntijuutta arvosteta yhteistyössä. Erityisesti käytöshäiriöisten ja itsetuhoisten nuorten psykiatrian palvelujen saanti koetaan huonoksi. Myös psykiatrian edustajat kokivat, että heitä ei arvosteta, eikä sosiaalipuoli ota psykiatriaa tarpeeksi mukaan yhteistyöhön. Toisaalta positiivisia kokemuksia yhteistyöstä tuli myös esille. Tutkimuksessa tuli esille lapsen lapsen osallisuuden puuttuminen sijoituspaikan arvioinnissa: arviointi tapahtuu aikuisista lähtien. Tämä vaikuttaa myös siihen, että lapsen tilanteesta ei saada välttämättä todellista arviota ja lapsen tuen tarve tarkentuu vasta sijoituksen aikana. Peräänkuulutettiin lapsilähtöisyyden parantamista arviointiprosessissa.

4.2 Lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian yhteiset asiakkaat

Ungar (2001) on tutkinut lastensuojelun sijaishuoltoon sijoitettujen ja psykiatrian potilaina olevien nuorten identiteetin muodostumista voimaantumisen suhteen. Ungar (2001) tarkastelee, millä tavalla nuoret sijoituksen aikana muovaavat omaa identiteettiään joko pärjääväksi tai haavoittuvaksi. Psykiatrian ja lastensuojelun työntekijöillä on tässä merkittävä rooli ja heidän lähestymistapansa, ongelmakeskeinen tai voimaannuttava, ohjaa myös nuoren minäkuvan rakentumista. Useissa tutkimuksissa on todettu nuoren negatiivisen käyttäytymisen, kuten rikosten teon, päihteiden käytön tai seksuaalisen riskikäyttäytymisen, olevan nuorelle tapa vahvistaa omaa itsetuntoa. Nämä nuoret eivät pärjää esimerkiksi koulussa, jonka vuoksi he etsivät onnistumisen kokemuksia ja itsetunnon vahvistamista muualta, marginaaliryhmistä. Tämä osoittaa ongelmakäyttäytymiseen pyrkivillä nuorilla olevan kykyä toimia tietoisesti saadakseen kokemuksia voimaantumisen. Näitä kykyjä tulisi hyödyntää nuorten kanssa työskennellessä, mutta ohjata kykyjen käyttöä positiiviseen toimintaan.

Kun negatiivinen käyttäytyminen katkaistaan nuoren vangitsemisella, lastensuojelulaitokseen sijoittamisella tai psykiatriseen sairaalaan ohjauksella, nuoret löytävät Ungarin (2001) tutkimuksen mukaan laitosajasta positiivisia puolia, joita myös hyödyntävät. Yhdelle nuorelle laitokseen hakeutuminen voi olla tapa saada vanhempiensa huomio, toiselle laitokseen joutuminen merkitsee sellaisten normimukaisten asioiden hoitamista, joihin ei ”vapaudessa” pystyisi, kuten koulunkäynti, fyysinen kunto ja uusien

sosiaalisten suhteiden luominen. Jollekin psyykkisen sairauden diagnoosin saaminen merkitsee uuden identiteetin luomista, mikä mahdollistaa myös oma haavoittuvuuden näyttämisen. Lastensuojelulaitokseen sijoitettujen nuorten todettiin etsivän omaa identiteettiään ja muuttavan sitä tietoisesti useasti. Nuori pyrkii löytämään sen identiteetin, jossa tuntevat itsensä kaikkein pärjäävimiksi. Yksikin hyvä ja pysyvä kontakti työntekijäkanssa saattoi mahdollistaa nuoren identiteetin muodostumisen positiivisesti voimaantuneeksi, normien mukaiseksi käyttäytymiseksi, mikä kantoi myös nuoren laitosjakson jälkeen.

Janhunen (2007) tarkastelee lisensiaattityössään perhehoidon katkeamisen syitä. Tutkimuksen mukaan perhehoidon katkeamisen kohdanneilla lapsilla oli taustalla useita traumaattisia kokemuksia ennen sijoitusta. Traumatisoituminen oli alkanut usein jo sikiöaikana. Sijoituksen katkeaminen on uusi trauma, joka pahimmillaan altistaa lapsen emotionaalisille ongelmille tai käytöshäiriöille. Sijoituksen katkeamisen yhteydessä lapsella saattaa jälleen katketa tärkeitä ihmissuhteita, jos sijaisperhe ei enää pidä lapseen yhteyttä. Nuoret, joiden sijoitus sijaisperheessä katkesi, oirehtivat ennen sijoituksen katkeamista rikollisella käyttäytymisellä, itsetuhoisuudella, kouluongelmilla, päihteidenkäytöllä sekä käytös- ja vuorovaikutusongelmilla.

Koponen ym. (2010) ovat tutkineet sijaishuoltoon sijoitettujen nuorten saapumista nuorisopsykiatriseen hoitoon. Suurin osa sijoitetuista nuorista on saapunut osastolle tarkkailulähetteellä ja 65% heistä jäi vapaaehtoisesti hoitoon. Heillä on muihin hoidettuihin nuoriin verrattuna vähemmän masennusoireita ja heidän hoitoaikansa osastolla ovat muita lyhyempiä. Sijoitettujen nuorten tilanne ei näyttäytynyt muita nuoria huonompana. Toisaalta tutkimuksissa on todettu, että psykiatrian osastoilla hoidossa olleilla sijoitetuilla nuorilla on muita vakavampia ongelmia, jotka liittyvät sosiaalisiin taitoihin ja käytöshäiriöihin. Osastolle päätyneiden nuorten hoidossa tarvitaan moniammatillista osaamista osastohoitoa ennen, sen aikana ja sen jälkeen. Näiden nuorten hoidossa tarvitaan myös heidän luonnollisten verkostojensa vahvaa roolia. (Persi & Sisson 2008, 89–91; Koponen ym. 2010, 4073–4074.)

Wigleyn ym. (2011) tutkimuksen mukaan sijaishuoltoon sijoitetut lapset kokevat, että he eivät kuulu minnekään. Erityisesti tilanne, jossa lapselle ei ole nimetty omatyöntekijää, lisää lapsen kokemusta kiinnittymisen puuttumisesta. Tämä ongelma lisääntyy merkittävästi, jos lapsen sijoituspaikkaa muuttuu useasti tai sijoitus katkeaa esimerkiksi sairaalajakson ajaksi. Lapsen sijoituspaikan vaihtamistarpeen arviointi tuottaa eettisen ongelman; onko lapselle parempi jäädä paikkaan johon hän on kiinnittynyt, vaikka

toisaalla pystyttäisiin paremmin vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Pysyvyyden tulisikin olla ensisijainen tavoite sijaishuoltoon sijoitettujen lasten kanssa työskenneltäessä, jota myös lastensuojelulaki (417/2007) alleviivaa. Pysyvyys tukee lapsen turvallisen kiintymyssuhteen kokemusta. Tuettaessa lasta kiinnittymään esimerkiksi lastensuojelulaitokseen, tulisi rinnalla pitää yllä lapsen muita verkostoja ja hyödyntää niiden antamaa tukea lapselle.

Sijoitettuihin lapsiin olisi tärkeä panostaa koko sijoituksen ajan ja tarjota lapsille monipuolista tukea. Sijoituksen katkeaminen laitoshoidossa on lapselle yhtä lailla traumaattinen kokemus kuin perhehoidon katkeaminen. Jos sijoituspaikka joudutaan muuttamaan, tulee lapselle kertoa avoimesti muutoksen syyt ja seuraukset (Vario ym. 2012, 21–22, 32). Hyvin toimiva moniammatillinen työryhmä lapsen tukena voisi ehkäistä myös sijaishuollon muutoksia ja tukea lapsen mahdollisuutta asua yhdessä sijoituspaikassa koko sijoituksensa ajan.

Kouvonen (2012) tutki sijaishuoltoon sijoitettujen lasten toimijuuden vaatimuksia. Tutkimuksessa lasten vanhemmilla tai lapsilla itsellään oli ongelmallista päihteiden käyttöä. Tutkimuksen mukaan erityisesti näiltä lapsilta, joilla itsellään oli ongelmia päihteiden käytön kanssa, vaadittiin ”itsekontrollia” sen sijaan, että heitä olisi tuettu ja ohjattu. Lapsen käyttäytymiseen reagoitiin sen sijaan usein rajoitustoimenpiteillä.

4.3 Lapsen asema viranomaistyöskentelyssä

Hurtig (2003) on tutkinut lapsen paikkaa, asemaa, lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Tutkimuksen perusteella Hurtig määrittelee lapselle neljä erilaista läsnäolon tasoa lastensuojelutyössä. *Fyysisessä* läsnäolossa lapsi on tapaamisissa paikalla, *faktisella tasolla* lapsista kootaan tietoa, *diskurssiivisella tasolla* lapsiin kohdistuvista huolista keskustellaan vanhempien kanssa. Vasta *kommunikatiivisessa* läsnäolossa lasten kanssa keskustellaan aktiivisesti, heidän näkemyksiään tilanteesta kuunnellaan ja heille kerrotaan työskentelyprosessista. Lapsen fyysinen läsnäolo tapaamisissa ei tutkimuksen mukaan tavoita vielä lapsen todellista osallistumista ja kuulemistä.

Kouvonen (2011) puolestaan löysi tutkimuksessaan lapsen osallistumiselle ammatillisissa perhekodeissa kolme tapaa. Osallistuminen voi tapahtua aikuisten ehdoilla, lapsen poissaolona tai lapsen ehdoilla. Lapsen ehdoilla tapahtuva osallistuminen vastaa Hurtigin (2003) lapsen kommunikatiivista läsnäoloa, lapsen aktiivisuutta omissa

asioissaan. Lapsen poissaololla viitataan lapsen näennäiseen osallistumiseen omissa asioissaan, mutta tosiasiaassa lapsen osallistuminen omiin asioihin tapahtuu hänen omissa viiteryhmissään, kuten ystäväpiirissä. Osallisuus näyttäytyy myös lasten reagoimisena aikuisten vaatimukseen. Lapset voivat näennäisesti hyväksyä tai vastustaa aikuisten häneltä vaatimaa osallistumista omiin asioihinsa eli toimijuutta. Lapsi voi myös kokea, että osallistumisen kautta hän voi ajaa omia asioitaan.

Kvarnström Susanne (2011) on tutkimuksessaan selvittänyt asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä asiakkaiden osallisuuden toteutumisesta moniammatillisessa (*Interprofessional*) tiimissä terveydenhuollossa. Tutkimuksessa keskitytään yhden yksikön sisällä toteutuvaan sosiaali- ja terveysalan moniammatilliseen työskentelyyn, mutta osallisuuden muodot ovat yhdistettävissä myös organisaatioiden välillä tapahtuvaan moniammatilliseen työskentelyyn.

Asiakkaiden näkemys osallisuudesta	Työntekijöiden näkemys osallisuudesta	Moniammatillinen ulottuvuus
	Sosiaalinen osallisuus yleisesti ja tarjottuihin palveluihin	
Tiedonkulku ammattilaisten ja asiakkaiden välillä	Neuvonnan saaminen	Eri ammattikuntien näkemykset asiakkaan tilanteeseen. Tiedonkulku ammattilaisten välillä
Valinnanmahdollisuus ja päätöksenteko	Itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus	Asiakkaan mahdollisuus valita työntekijät oman asiansa hoitamiseen
Miellyttävä suhde ja vuorovaikutus ammattilaisten kanssa	Tasavertainen kohtaaminen ja asiakkaan tarpeiden ymmärtäminen	Ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus ja ilmapiiri. Asiakkaan mahdollisuus keskustella usean eri asiantuntijan kanssa.
	Neuvottelu, asiakkaan tilanteeseen ja organisaation reunaehtoihin sopeutuminen	Ammattilaisten keskinäinen ja asiakkaan yhteinen näkemys
Oman elämäntilanteen tunnistaminen ammattilaisten avulla	Itsenäinen selviytyminen ammattilaisten avulla	Asiakas oppii selviytymisstrategioita eri ammattikuntien edustajilta
Olosuhteet osallisuudelle	Olosuhteet osallisuudelle	Asiakkaan selviytyminen moniammatillisissa tilanteissa. Annettaanko asiakkaalle aika ja mahdollisuus osallistua.

Taulukko 2. Osallisuuden ilmentyminen moniammatillisessa tiimissä asiakkaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. Moniammatillisuuden tarjoamat lisähyödyt. (Kvarnström 2011.)

Osallisuuden ilmentyminen moniammatillisessa tiimissä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta voidaan Kvarnströmin (2011) mukaan tiivistää kuuteen, toisiinsa hierarkkisessa suhteessa olevaan ulottuvuuteen:

- 1) Osallistuminen aktiviteetteihin ja sosiaalisiin tapahtumiin
- 2) Tiedonkulku mahdollistaa eri ammattilaisten näkemysten käyttämisen
- 3) Valintojen ja päätösten tekeminen, itsemääräämisoikeus
- 4) Vuorovaikutus tiimin jäsenten kanssa, heidän näkemystensä hyödyntäminen oman elämäntilanteen ymmärtämisessä ja vastuunotossa

- 5) Yksilölliset ja organisaation olosuhteet, jotka vaikuttavat asiakkaan osallisuuteen (Kvarnström 2011, 92).

Kvarnströmin kategorisointi vastaa osittain Hotarin ym. (2013), Thomaksen (2002), Muukkosen (2013) ja Eskosen ym. (2006) lapsen osallisuuden toteutumisen muotoja. Lapsen osallisuuden muotojen rinnalle voikin lisätä moniammatillisen työskentelyn ulottuvuuden Kvarnströmiä (2011) mukailleen:

Prosessiosallisuus	Kohtaamisosallisuus	Moniammatillisuuden ulottuvuus
Lapsen näkemykset otetaan huomioon	Lapselle annetaan mahdollisuus ja tuetaan itsensä ilmaisemisessa	Asiakkaan selviytyminen moniammatillisissa tilanteissa. Annetaanko asiakkaalle aika ja mahdollisuus osallistua.
Lapsella on oikeus ja mahdollisuus saada tietoa tilanteestaan	Lasta kuunnellaan	Eri ammattikuntien näkemykset asiakkaan tilanteeseen. Tiedonkulku ammattilaisten välillä.
Lapselle annetaan mahdollisuus valita	Lapsen kanssa jaetaan valtaa ja vastuuta	Asiakkaan mahdollisuus valita työntekijät oman asiansa hoitamiseen. Ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus ja ilmapiiri. Asiakkaan mahdollisuus keskustella usean eri asiantuntijan kanssa.
Lapsi otetaan mukaan päätöksentekoon	Lapselle annetaan mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin	Ammattilaisten keskinäinen ja asiakkaan yhteinen näkemys.



Voimaantuminen. Asiakas oppii selviytymisstrategioita eri ammattikuntien edustajilta

Taulukko 3. Lapsen osallisuus. (mukailleen Thomas 2002; Eskonen ym. 2006; Kvarnström 2011; Hotari ym. 2013; Muukkonen 2014.)

Kvarnströmin (2011) tutkimuksen mukaan moniammatillisuuden toteutuminen mahdollistaa asiakkaan osallisuuden monipuolisemmin kuin asiakkaan asioiminen vain yhden ammattikunnan edustajan luona. Onnistuessaan moniammatillinen työskentely tukee asiakkaan osallisuutta ja sitä kautta asiakkaan voimaantumista. Epäonnistuessaan moniammatillinen työskentely voi kääntyä myös asiakkaan holhoamiseksi. Toisaalta myös yksittäisten palvelujen voimaannuttavan työotteen on todettu lisäävän asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun (Munford & Sanders 2015, 433).

Kvarnström (2011) totesi tutkimuksessaan, että osallisuuden toteutumisen mahdollistavat asiat tapahtuvat pääasiassa mikrotasolla, palvelussa, johon asiakas on suorassa kontaktissa. Mikrotason osapuoliksi katsotaan asiakas, hänen perheensä sekä ammattilaisten tiimi, joka on muodostunut asiakkaan tarpeista. Osallisuuteen vaikuttavat vahvasti myös mesotaso, organisaation osastot, sekä makrotaso, koko organisaatio ja niiden olosuhteet. Meso- ja makrotason toimilla voidaan mahdollistaa tai estää mikrotason työntekijöiden keskinäinen yhteistyö organisaation sisällä, tai yhteistyö organisaation ulkopuolella oleviin palveluihin.

Hytinkoski ym. (2012) ovat tutkineet opinnäytetyössään nuorten kokemuksia saamistaan lastensuojelun ja psykiatrian palveluista. Nuorten kokemukset vaihtelivat positiivisista negatiivisiin. Nuoret toivat esille, että asiakkuuksien alkaminen, päätökset ja laitoshoidon siirtymiset tapahtuivat yllättäen, eikä nuorilla ollut tietoa, mitä näiden interventioiden jälkeen tulisi tapahtumaan. Nuoret kokivat myös, että heidän asioitaan käsittelevät aikuiset eikä heidän oma äänensä tullut kuuluville. Usein työntekijät kiinnittivät huomionsa nuoren vanhempiin nuoren sijasta. Nuoret kokivat myös saaneensa apua liian myöhään ja palvelut tuntuivat pirstaleiselta. Osalla nuorista ei ollut kokemusta siitä, että lastensuojelu ja psykiatria olisivat tehneet tiivistä yhteistyötä heidän asiassaan. Nuoret toivoivat, että heitä ja heidän kokemuksiaan arvostettaisiin, heille tiedotettaisiin aktiivisesti heitä koskevista asioista ja heille selvitetäisiin perusteet, kun heidän tilanteessaan tapahtuu muutoksia.

Sinkon ym. (2016) tutkimuksessa painottui lapsen osallisuus sijaishuoltopaikan valintaa koskevassa prosessissa. Lapsen osallisuus on vielä vaihtelevaa, sen toteutumiseen vaikuttaa yksittäisen sosiaalityöntekijän työskentelytapa sekä kuntien lastensuojelupalvelujen pirstaleisuus, esimerkiksi työntekijän vaihtuminen lastensuojeluprosessin eri vaiheissa. Lapsen todellista osallisuutta kuvataan Muukkosen (2014) määrittelemän kohtaamisosallisuuden mukaisesti:

”Osallisuus ei ole sitä, että lapsi voisi itse valita sijaishuoltopaikkansa eikä pelkästään sitä, että lapsen mielipide kuullaan ja kirjataan. Lapsella on oikeus osallistua neuvotteluihin, saada tietoa, saada vastauksia, tulla kuulluksi ja kertoa omat tietonsa. Lapselle pitää kyetä selvittämään, mistä asiasta päätöstä ollaan tekemässä ja mielipidettä selvittämässä. On kerrottava, miksi lapsi on siirtymässä asumaan kodin ulkopuolelle. Tämä vaatii aikaa, joten tässä prosessin kohdassa ei saa kiirehtiä turhaan.”

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimusaineisto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lapsen asemaa lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä. Tutkimuskysymyksenä on, ”*Millainen on lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä?*” Lähestyin jäljempänä esiteltäviä haastatteluaineistoja siitä näkökulmasta, millä tavalla lapsi näkyy asiantuntijoiden puheissa. Tutkimusaineistona toimii lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeessa (2010–2011) sekä Resme -hankkeessa (2012–2015) toteutetut teemahaastattelut.

Hanke	Haastattelujen määrä	Aineisto
Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla	10 yksilöhaastattelua	Litteroitua aineistoa 91 sivua.
Resme	4 ryhmähaastattelua	Litteroitua aineistoa 97 sivua.

Taulukko 4. Tutkimuksen aineisto.

Tässä tutkimuksessa sijaishuollon laitoshoitoon sijoitetun lapsen asemaa lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä lähestytään seuraavilla teemoilla:

- lapsen hyvinvoinnin turvaaminen
- lapsen valikoituminen palveluihin
- lapsilähtöisyys yhteistyössä.

Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeessa selvitettiin kirjallisuuden ja haastattelun perusteella lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyötä lainsäädännön näkökulmasta (ks. Ristseppä & Vuoristo 2012). Hanke toteutui vuosina 2010–2011. Yksilöhaastatteluja toteutettiin 10, joista yhdeksän toteutettiin lastensuojelun ja psykiatrian ammattilaisille julkisella sektorilla ja yksi lastensuojelun palveluntuottajille, lastensuojelulaitoksille. Haastattelujen pituudet vaihtelevat 1,5 – 2,5 tunnin välillä.

Litteroitua tekstiä haastattelut tuottivat yhteensä 91 sivua. Litteroinnin tarkkuus ei vastaa Resme -hankkeen haastatteluja.

Palveluntuottajien haastatteluissa teemoina olivat:

- lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön kehityskulku nykypäivään
- yhteistyö ja kumppanuudet
- hyvät ja toimivat yhteistyökäytännöt hallinnon tasolla
- kehittämis- ja yhteistyö
- yhteinen vastuu asiakkaista.

Lastensuojelun ja psykiatrian ammattilaisten haastattelujen teemat olivat:

- lakipykäliden tulkinnallisuus ja tarvittavat tarkennukset ongelmakohtiin
- lapsen oikeudet
- vastuuasiat.

Resme -hankkeen asiantuntijahaastatteluissa on kartoitettu lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian hyviä yhteisiä käytäntöjä. Haastatteluja on hankkeessa toteutettu yhteensä 10:

- yksi ryhmähaastattelu psykiatriassa työskenteleville
- yksi ryhmähaastattelu lastensuojelun sijaishuollossa lastensuojelulaitoksessa työskenteleville
- kaksi ryhmähaastattelu, jossa on edustajia sekä psykiatriasta että lastensuojelun sijaishuollosta
- kolme yksilöhaastattelua psykiatrian työntekijöille
- kolme yksilöhaastattelua lastensuojelun sijaishuollon työntekijöille.

Tässä tutkimuksessa on ollut käytössä vain psykiatrian yksilöhaastattelut, mutta ei sosiaalialan yksilöhaastatteluja, jonka vuoksi tulosten käsittelyssä myös psykiatrian yksilöhaastattelut on jätetty aineiston ulkopuolelle.

Resme-hankkeessa toteutetuista ryhmähaastatteluista kaksi on ollut sekaryhmiä, jotka koostuivat lastensuojelun ja psykiatrian edustajista. Yhdessä ryhmähaastattelussa on ollut edustajia vain lastensuojelusta ja yhdessä vain psykiatriasta. Ryhmähaastattelujen voi

katsoa olevan täsmäryhmähaastatteluja, fokusryhmähaastatteluja, (focus group interview), koska ryhmiin on valittu harkitusti lastensuojelun sijaishuollon ja psykiatrian asiantuntijoita keskustelemaan toimivista käytännöistä. Haastateltavat on valittu harkinnanvaraisella otannalla (Eskola & Suoranta 2005, 18). Ryhmähaastattelujen tavoitteena on ollut, että ryhmä arvioi ja kuvailee toimivia käytäntöjä lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä. Ryhmähaastattelun aiheet on valittu hankkeessa, ja ryhmä tuottaa aineiston haastattelutilanteessa. (Morgan 1997, 6; Hirsjärvi & Hurme 2011, 62–63.)

Resme-hankkeen ryhmähaastattelut tuottivat litteroitua tekstiä yhteensä 97 sivua, litterointi on tehty sanasta sanaan. Resme-hankkeen haastatteluissa teemoina olivat:

- asiantuntijoiden käsitys osaamisalueista, vastuukysymyksistä ja määräysvallasta suhteessa muihin ammattikuntiin
- oma professionaalinen identiteetti
- esteet palvelujen kohdistamisessa psyykkisesti oireileville sijoitetuille nuorille
- hyvä yhteistyö – hyvät käytännöt
- moniammatillisen yhteistyön edellytykset toimivaan rajatyöskentelyyn.

Resme-hankkeen aineiston puutteena voi nähdä sen, että sijaishuollon haastateltavat edustavat kahden yksityisen sektorin lastensuojeluyksikön henkilökuntaa. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöitä, jotka vastaavat sijaishuoltoon sijoitetun lapsen asioista, ei Resme-hankkeessa ole haastateltu.

Resme-hankkeessa haastattelujen teemoissa ei käsitellä lapsen asemaa rajapintatyöskentelyssä. Tarkoitukseni oli etsiä aineistosta, näkyykö lapsi asiantuntijoiden puheissa, vaikkei siitä suoraan kysytäkään. Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeessa yhtenä teemana ovat lapsen oikeudet. Tarkastelin näitä haastatteluja myös kokonaisuutena ja etsin, näkyykö lapsi asiantuntijoiden puheissa muuallakin kuin lapsen oikeudet –teeman kohdalla.

5.2 Aineiston analysointi

Tämän tutkimuksen haastatteluaineisto on litteroitu eri tarkkuuksilla. Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeen yksilöhaastatteluja ei ole litteroitu sanasta sanaan. Sen

sijaan Resme-hankkeen haastattelut on litteroitu tarkemmin. Kummassakin hankkeessa litteroinnista on jätetty pois non-verbaalinen viestintä, jonka vuoksi tästä aineistosta ei ole mahdollista tehdä keskusteluanalyysia. Aineistoni analysoinnissa on diskurssianalyysin piirteitä, tarkoituksena on selvittää haastateltavien puheen avulla lapsen asemaa lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä. (Eskola & Suoranta 2005, 161; 193–199.)

Haastattelun analysoimiseksi tarvitaan kysymyksiä, jotka muotoutuvat ja tarkentuvat aineistoon tutustuttaessa. Harvoin aineisto antaa suoria vastauksia alkuperäiseen tutkimusongelmaan. Oma tutkimusongelmani sai lopullisen muotonsa vasta tutustuttuani aineistoon. Lapsen aseman teemat, alakysymykset, täsmentyivät vasta, kun olin tutustunut aineistoon tarkasti. Yleensä aineiston jäsenyys tutkijan mielessä alkaa jo haastattelujen litteroinnissa. Litterointi jäi tässä tutkimuksessa pois, eikä minulla ollut valmiiksi luotua kuvaa haastattelujen sisällöstä. Koen sen myös hyväksi asiaksi. Tekstiä on helpompi lähestyä objektiivisesti, kun ei ole kuullut haastateltavien äänensävyjä, huokauksia, taukoja jne. Tekstin osien valintaa ohjasi ainoastaan sanan lapsi tai nuori löytyminen lauseesta. (Ruusu vuori ym. 2011, 12–15; 24.)

Tämän tutkimuksen lähestymistapa on ensisijassa kvalitatiivinen, mutta aineiston analysointi alkoi kvantitatiivisella menetelmällä, sisällön erittelyllä. Laskin haastatteluaineistosta frekvenssimittauksella sitä, kuinka monta kertaa lapsi esiintyy asiantuntijoiden puheissa. (Eskola & Suoranta 2005, 185.) Tällä tavalla halusin saada käsitystä myös siitä, esiintyykö lapsi asiantuntijoiden puheissa ja kuinka paljon mainintoja lapsesta löytyy.

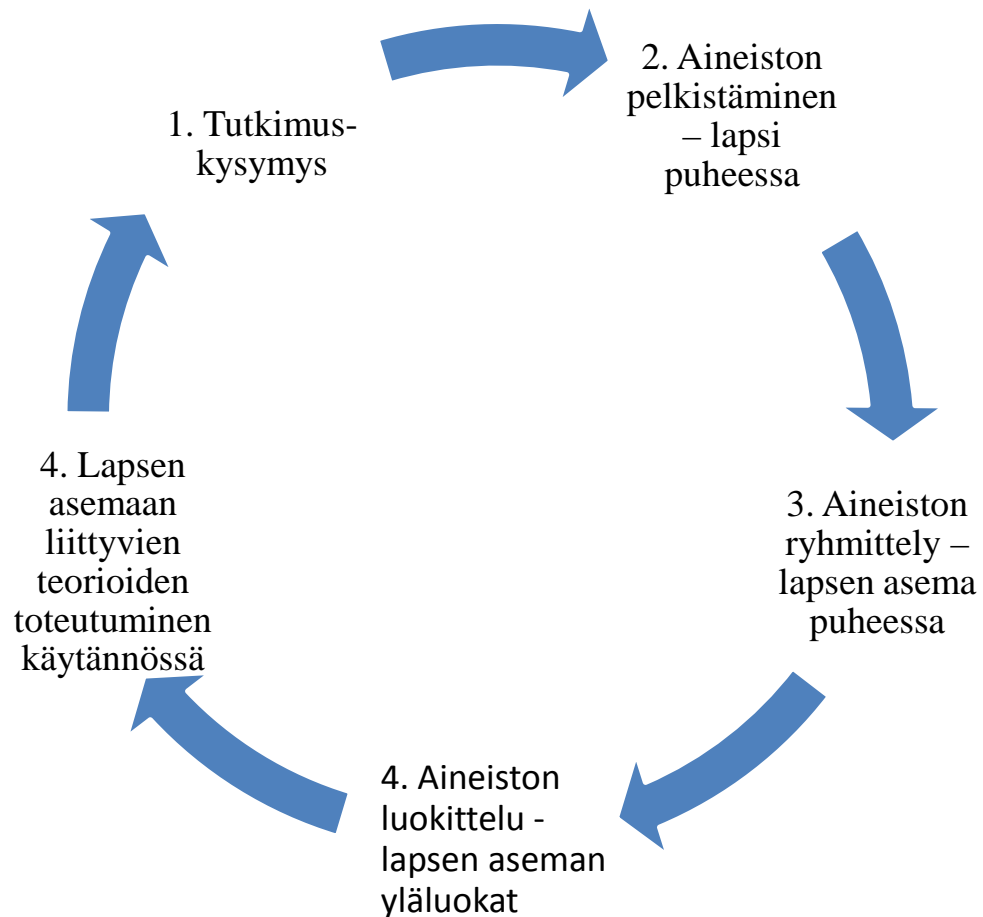
Aineistoa voi lähestyä deduktiivisella tai induktiivisella analyysillä. Induktiivinen analyysi on puhtaasi aineistolähtöinen, deduktiivisessa analysoinnissa aineistoa lähestytään teoriaan pohjautuvalla viitekehyksellä. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään usein molempia lähestymistapoja tutkimuksen eri vaiheissa. Alussa aineistoa lähestytään aineistolähtöisesti ryhmitellen sitä erilaisiksi luokiksi. Raportoinnissa analysoinnissa tulisi näkyä myös deduktiota, tulosten esittämistä teoreettiseen viitekehykseen viitaten. (Patton 2002, 453; Hirsjärvi & Hurme 2011, 150.)

Induktiivisen ja deduktiivisen analysoinnin välimaastoon sijoittuu teoriaohjaava analysointi, jossa on kytkentöjä teoriaan, tai teoria voi toimia apuna analyysin loppuvaiheessa. Teoriaohjaavassa analyysissä aikaisemmalla tiedolla on vaikutusta

analyysiin, mutta analyysissa ei ole tarkoitus testata teoriaa, vaan tuottaa uusia ajatuksia aiheesta aineiston perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 96–97.)

Käyttämäni tutkimusmenetelmä on teoriaohjaava. Lähestyin aineistoa aluksi aineistolähtöisesti. Etsin aineistosta puhetta lapsesta, vaikka lapsen asema ei ole ollut haastattelun teemana. Erotin nämä erikseen muusta aineistosta tekemällä koonnin sitaateista, joissa lapsi tai nuori oli mainittu. Yhdistin nämä alaluokiksi, jotka loivat kehyksen lapsen aseman määrittämiselle. Tiivistin aineiston perusteella muodostuneita alaluokkia ja muodostin tässä tutkimuksessa käytettävät lapsen asemaa kuvaavat yläluokat. Yläluokiksi valikoituvat lapsen hyvinvoinnin turvaaminen, lapsen palveluihin valikoituminen ja lapsilähtöisyys. (Patton 2002, 463; Tuomi & Sarajärvi 2004, 94–115; Ruusuvuori ym. 2011, 19.)

Seuraavaksi pilkoin aineistoa edelleen ja ryhmittelin sitaatteja valikoitujen yläluokkien mukaan. Otin esille erityisesti myös poikkeuksia, keskustelua, jotka kuvaavat teemojen sisällä olevia näkemysten ristiriitoja. (Patton 2002, 466; Tuomi & Sarajärvi 2004, 93–99; 109–111; Eskola & Suoranta 2005, 178–181; Ruusuvuori ym 2011, 24, 27.) Nämä yläluokat muodostivat tutkimuksen analyysirungon, jonka perusteella poimin aineistosta vain niitä sitaatteja, joissa oli puhuttu kyseisestä yläluokasta. Lopuksi analysoinnissa on etsitty aineistosta yhtymäkohtia käytettyjen teorioiden kanssa. Tavoitteena on selittää aineiston avulla teorioiden toteutumista käytännössä.



Kuvio 3. Aineiston analysoinnin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2004; Alasuutari 2011; Hirsjärvi & Hurme 2011.).

Prosessin aikana on ollut tarpeen tarkastella alkuperäisen tutkimuskysymyksen toimivuutta. Tutkia, tuottaako aineisto vastauksen tutkimuskysymykseen, vai nouseeko aineistosta esille näkökulma, jota en ole osannut nostaa esille tutkimussuunnitelma-vaiheessa. Erityisesti fokusryhmähaastattelut saattavat tuottaa uusia näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut odottaa. Aineistolähtöinen analyysi tutkimuksen alussa osoitti, että aineistosta löytyy vastaus tutkimuskysymykseeni. Aineisto tuotti myös lapsen aseman yläluokat, mikä toimi pohjana lapsen aseman määrittämiselle. (Morgan 1997, 45 – 64; Tuomi & Sarajärvi 2004, 95 – 99; Alasuutari 2011, 38 – 54.)

5.3 Tutkimusetiikka

Tässä tutkimuksessa ensimmäinen haaste oli saada lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeessa haastateltujen henkilöiden suostumus aineiston käyttöön. Lähetin heille kirjallisen suostumuslomakkeen täytettäväksi. Kaikki kymmenen haastateltua

palauttivat lomakkeen suostumuksella. Resme-hankkeen haastattelut olivat käytössäni Resme-hankkeen tuottamana materiaalina.

Käytin valmiita aineistoja, kahdessa eri hankkeessa tehtyjä haastatteluja. Näissä haastatteluissa lapsen asema ei ole ollut haastattelujen teemana. Pohdin eettisenä kysymyksenä sitä, voiko tutkimuskysymykseni olla ”mikä on lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla”, vaikka sitä ei ole suoraan kysytty. Aineisto kuitenkin osoitti, että lapsen asema on hyvin esillä asiantuntijoiden puheissa.

Haastattelijan roolilla voi olla merkittävä vaikutus fokusryhmähaastattelun tuottamaan aineistoon. Jos haastattelijalla ei ole kontrollia haastattelun kulkua, voi osa ennalta määritellyistä teemoista jäädä käsittelemättä. Vastaavasti, jos haastattelijalla on liikaa kontrollia haastattelun kulkua, eivät haastateltavat pääse ”flow” -tyyppiseen tilaan, joka hedelmällisimmillään tuottaa paljon ajatuksia. (Morgan 1997, 11.) Tähän en pystynyt aineistoni osalta itse vaikuttamaan, koska en ole ollut toteuttamassa haastatteluja.

Tutkimukseni luotettavuutta pyrin osoittamaan kuvaamalla tarkasti tutkimuksen ja aineiston analysoinnin etenemistä, perustelemaan saamani tulokset aineistolla sekä teoreettisilla viittauksilla. Tutkimuksessa on otettu huomioon useita teoreettisia näkökulmia luotettavuuden vahvistamiseksi. Olen koosteiden tekemisen yhteydessä nostanut esille keskenään ristiriitaisia näkemyksiä aiheen teemoista. Tutkimuksen aineisto oli hyvin kattava, ja luokkien sisällä oli useita yksittäisiä mainintoja luokkiin kuuluvista asioista. Olen ottanut kattavasti esille myös näitä yksittäisiä kommentteja, välttänyt valikointia, jotta tutkimukseni olisi reliaabeli. (Eskola & Suoranta 2005, 213; Hirsjärvi & Hurme 2011, 185-189; Ruusuvoori ym. 2011, 24, 27.)

Tutkimusaineistossani on käytetty harkinnanvaraista otantaa, mutta erityisesti Resme-hankkeen haastateltavien valinnassa ei mielestäni ole onnistuttu valikoimaan kattavaa asiantuntijaryhmää. Suurena puutteena on kuntien sosiaalityöntekijöiden puuttuminen haastateltavien joukosta. Toisaalta harkinnanvaraisella otannalla on mahdollistettu tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio, joka lisää tulosten luotettavuutta. Haastateltavat edustavat useaa eri ammattiryhmää kahden sektorin sisällä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 142.)

Resme- hankkeessa on haastateltu vain Varsinais-Suomen alueen toimijoita. Sen sijaan lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeen haastatteluissa on mukana asiantuntijoita myös muualta kuin Varsinais-Suomen alueelta. Tämän vuoksi tulokset ovat siirrettävissä

myös Varsinais-Suomea laajemmalle alueelle, koska aineisto sisältää kokemuksia ympäri Suomen (Eskola & Suoranta 1999, 68).

Lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeen haastattelut on toteutettu vuonna 2011, Resme-hankkeen vuonna 2013. Vaikka haastattelut ovat muutamia vuosia vanhoja, aineiston tulokset vastaavat hyvin vielä tätäkin hetkeä. Osittain joihinkin ongelmiin on voitu jo paikallisesti tarttua ja yhteistyötä kehittää. Haastattelujen jälkeen lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön ongelmia on huomioitu entistä paremmin valtakunnallisestikin ja muun muassa uusi kansallinen lastensuojelun kehittämishanke (LAPE) tähtää sektoroituneen palelujärjestelmän ongelmien korjaamiseen.

6 Lapsen asema lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä

Tutkimuksessani mielenkiinto kohdistuu lapsen asemaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä. Pohdin termien lapsi ja nuori käyttämistä tulosten kuvaamisessa. Haastateltavat puhuivat usein käyttäen termiä nuori. Turun kaupungin nuorisopsykiatrian poliklinikan palvelut on tarkoitettu 13–18-vuotiaille. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kriisi- ja vastaanotto-osasto on tarkoitettu 13–17-vuotiaille ja poliklinikka 13–19-vuotiaille, lastenpsykiatrian osasto alle 13-vuotiaille. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri; Turun kaupunki.) Lastensuojelun palvelut on tarkoitettu avohuollon ja sijaishuollon osalta lapsille 18-vuotiaaksi asti, ja jälkihuollon palvelut 18–20-vuotiaille nuorille (Lastensuojelulaki 417/2007, 6 §). Lastensuojelun ja psykiatrian käsite nuori poikkeaa toisistaan, jonka vuoksi käytän analysoinnissa termiä lapsi, vaikka haastateltavat olisivat käyttäneet termiä nuori. Haastatteluissa on keskusteltu alaikäisistä lapsista, jonka vuoksi katson lapsi-termin käytön olevan perusteltua ja ehkäisevän väärinkäsityksiä siitä, puhutaanko alaikäisestä lapsesta, vai 18–20-vuotiaasta nuoresta.

Aineiston analysoinnissa olen erotellut lastensuojelun ja psykiatrian rajapintahankkeen yksilöhaastattelut (H1-H10) ja Resmen ryhmähaastattelut (RH1-RH4) käyttämällä erilaista tunnistusta. Ryhmähaastattelujen osallistujien kommentteja en ole yksilöinyt, henkilöstä riippumatta tunnistus on esimerkiksi RH1.

Aineiston kvantitatiivisen analysoinnin tuloksena syntyi tuntuma siitä, että lapsi on asiantuntijoiden mielessä ja keskustelussa, kun keskustellaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöstä. Yksilöhaastatteluissa lähes kaikki asiantuntijat mainitsivat lapsen jokaisen haastatteluteeman kohdalla. Myös ryhmähaastatteluissa lapsi oli hyvin esillä asiantuntijoiden puheissa. Yhteenvedonomaaisesti tutkimuksen tulos tältä osin on se, että lastensuojelun ja psykiatrian henkilöstö tarkastelee yhteistyötä myös asiakkaiden näkökulmasta, vaikka asiakasnäkökulma ei olekaan ollut haastattelujen teemana.

6.1 Lastensuojelun ja psykiatrian palvelut lapsen hyvinvoinnin turvaajina

Aineistossa keskusteltiin paljon lapsen hyvinvoinnista ja lapsen hyvinvoinnin puutteista, jotka johtavat interventioita vaativiin ongelmiin. Lastensuojelun ja psykiatrian yhteisten asiakkuuksien kuvattiin syntyvän varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen puutteiden sekä kasautuvien ongelmien seurauksena. Näiden prosessi tuottaa lapselle toimintamalleja, jotka johtavat pitkällä aikavälillä psykiatrisen hoidon ja lastensuojelun tarpeeseen.

”Mitä enemmän on ollut ongelmia varhaislapsuudessa ja pitkin koulunkäyntiä... niin sitä suuremmalla varmuudella hän saa ongelmia sitten, kun hän tulee murrosikään... elikkä niistä nuorista tulee herkästi ns. epävakaita persoonallisuuksia, joka tarkoittaa sitä, et heidän itsetunton on sangen semmonen häilyvä... erittäin ahdistusherkkiä ja reagoivat hyvin arvaamattomasti... ahdistuvat herkästi. Tyypillistä on myös se, että heidän ahdistuksensa muuttuu toiminnaksi; itsetuhoisuutta, väkivaltaisuutta tai tällasta...” (H4)

”Tavallaan tulee ymmärtää se, et se potilas laittaa sen saman härdellin, mikä hänen koko elämässään on ollut aikaisemminkin päällä. Hän laittaa sen käyntiin sit vaan eri paikoissa.” (RH1)

Yhteisasiakkuudessa olevien lasten negatiivisena näyttäytävää käyttäytymistä voi näiden kuvausten perusteella ymmärtää heidän kiintymyssuhteidensa valossa. Kiintymyssuhteella on merkittävä osuus ihmisen kykyyn selviytyä vaikeista tilanteista, turvattomasti (ristiriitaisesti tai välttelevästi) kiintyneillä on puutteelliset taidot käsitellä haastavia tilanteita tai omia negatiivisia tunteitaan. (Sinkkonen 2001, 154–170.)

Haastateltavat nostivat esille huolen lasten perushoivan puutteista: levon puute, epäterveelliset ruokailutavat, päivärytmin vinoutuminen ja valvomaton liikkuminen

vapaa-ajalla, mikä altistaa myös päihteiden käyttöön. Lapsuuden kokemusten merkitys psyykkisten sairauksien synnyssä tunnistettiin ja tunnustettiin.

”Et kyllähän tästä kokonaisuudesta alkaa sitten jonkinlainen psyykinen pahoinvointi ja murrosiän myötä sitten usein tapahtuu kehityksen vinoutuminen tai jopa murtuminen jossain tapauksissa ja siitä alkaa oireenmuodostus sitten pikkuhiljaa.” (H4)

Tutkimusten mukaan kasautuvat traumaattiset kokemukset, kuten erilaiset elämäntapahtumat, väkivaltakokemukset ja seksuaalinen hyväksikäyttö, lisäävät sijoitettujen lasten psykiatrisia ongelmia. Väkivaltakokemukset, kuten väkivallan näkemien ja uhrina oleminen, lisäsivät norjalaisen tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmista erityisesti masennusta ja ahdistuneisuutta. Tutkimuksen lastenkotiin sijoitettujen, väkivaltaa kokeneiden nuorten taustalla oli myös itsemurhayrityksiä. (Hukkanen ym. 1999; Klæboe Greger ym. 2015.)

Lasten hyvinvointia käsiteltiin aineistossa ensisijaisesti lapsen perustarpeiden ja turvallisuuden näkökulmasta. Kuvauksissa keskityttiin Maslowin (1970) tarvehierarkian alimpiin osiin, fysiologisiin ja turvallisuuden tarpeisiin. Tämä kuvannee sitä, että lastensuojelun ja psykiatrian yhteisten asiakkaiden elämäntilanne on usein niin kaoottinen, että arki pyörii heidän perustarpeiden ympärillä. Aineistossa käsiteltiin myös lapsen osallisuutta omissa asioissaan, mutta ei siinä merkityksessä, että se lisäisi lapsen hyvinvointia (ks. luku 6.3).

Haastatteluissa käsiteltiin ensisijaisesti lasten sosiaalisen verkoston mikrotason, perheiden, merkitystä heidän elämäänsä. Kuitenkin myös makrotason, yhteiskunnassa vallitsevan kulttuurin, rooli lasten elämään tunnistettiin. (vrt. Bronfenbrenner 1979.) Yhteiskunnan vaatimukset korostuvat erityisesti silloin, kun lapsella ei ole edellytyksiä selvittää niistä sillä tasolla, joka on perusoletuksena. Lapsille, joiden perustarpeet ja -turvallisuus ovat puutteellisia, esitetään yhteiskunnassa samoja vaatimuksia kuin lapsille, joiden tarpeisiin on vastattu. Lapsilta vaaditaan liikaa heidän olosuhteisiinsa nähden (Kouvonen 2012).

”Ja varsinki jos syntymästä asti on ollu hoidottomuutta, laiminlyöntiä ja huonoo kohtelua ja sit tullaa lastensuojelun asiakkaaks 2–3-vuotiaana, 7-vuotiaana vielä ollaan ja yritetään tätä ja tätä ja kouluun pitäis muka mennä ja ei oo mitää edellytyksiä edes pitää itteään kasassa psyykkisesti.” (H6)

Sladovic Franz (2004) nostaa esille tutkimuksensa perusteella toisen näkökulman. Hänen mukaansa sijoitettujen lasten ongelmallinen käyttäytyminen on enemmän seurausta sen hetkisestä tilanteesta kuin menneisyydestä. Sijoitetun lapsen elämä lastensuojelulaitoksessa on itsessään hyvin stressaavaa. Lapsen käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmia lisäävät myös lapsen puutteelliset selviytymisstrategiat, sosiaalisen tuen puute sekä vaikeudet koulussa. Lastensuojelun työntekijöiden rooli lasten lähimpinä työntekijöinä korostuu, kun lapsen stressiä pyritään lievittämään. Sladovic Franz (2004) painottaa, että myöskään menneisyyttä ei voi unohtaa ja sitä lapsen onkin tarpeen käsitellä esimerkiksi terapiassa.

Aineistossa ei nostettu esille perheen yhteiskunnallisen aseman merkitystä lapsen asiakkuuteen lastensuojelussa ja psykiatriassa. Haastatteluissa nousi esille melko uutena ilmiönä uusperheet, joissa vanhemmat uupuvat, usein murrosikäisen lapsen kanssa, ja haluavat, että lapsi sijoitetaan. THL:n LaskeTut-hankkeen tutkimustulosten perusteella sijoituksen taustalla oli 50%:ssä perheen sisäiset tai uusperheiden väliset vuorovaikutusongelmat ja ristiriidat (Heino ym. 2016, 7).

Haastatteluissa pohdittiin myös lasten hyvinvoinnin kokonaisuutta:

”Siis minua oikein hämmästyttää, et voidaan enää ajatella, et olis psyykkiset asiat ja sosiaaliset asiat ja muut terveydelliset asiat erikseen. Nehän muodostavat kuitenkin kokonaisuuden ja nuoren psykososiaalinen hyvinvointi ja myöskin ruumiillinen hyvinvointi...” (H4)

Sosiaali- ja terveystalouden moniammatillisen työn viitekehyksenä on psykososiaalinen työ, koska se yhdistää eri ammattialat. Ihmisen ymmärtäminen psykososiaalisena kokonaisuutena tarkoittaa Lennéer-Axelson & Thyleforsin (1983) mukaan sitä, että ihmisen ongelmien synnyssä ja niiden ratkaisussa ymmärretään molempien tekijöiden merkitys. (ks. Granfelt 1993, 196.)

Haastattelujen perusteella eri sektoreilla on kuitenkin voimakas tarve määritellä, kumpi oli ensin, ”muna vai kana”. Lapsen hyvinvointia ei nähdä edellä mainittuna psykososiaalisena kokonaisuutena, tai ainakaan käytännössä sen mukaisesti ei toimita. Aineiston perusteella tuntuu olevan tärkeää arvioida, mikä on se hyvinvoinnin puute lapsen elämässä, joka tulisi ensisijaisesti korjata. Ja eri hyvinvoinnin osa-alueista vastaaminen koetaan eri sektoreiden tehtäväksi.

”... et totta kai ihminen tarvitsee ruokaa ja vaatetta, mut mun ymmärryksen mukaan se mikä siinä on ja mihin pyritään lastensuojelussakin, niin on

mahdollistaa ihmiselle ihmisarvoinen elämä ja sehän edellyttää kohtuullisen eheää psyykettä...” (H6)

”... et me käydään tätä rajanvetoa psykiatrian kanssa, et he kokee, et he ei voi auttaa, kun on sosiaalisia ongelmia... ja psykiatrian puolel on se, jos se perhetilanne on niin kaotettinen, et he katsoo, et lapsi ei hyödy psykiatrisesta hoidosta niin kauan ku perhetilanne on sellanen...” (H2)

Lapsen hyvinvoinnin määrittelyssä käydään professioiden välistä kilpailua siitä, mikä lapsen ongelmien syy on, ja missä hyvinvoinnin osa-alueella ovat suurimmat ongelmat (vrt. Abbott 1988, Pärnä 2012). Lastensuojelu tai psykiatria ei kumpikaan näe lapsen hyvinvoinnin kokonaisuuden olevan omalla vastuullaan. Tämä vaikuttaa lapsen siirtelyyn palveluiden välillä, mitä käsitellään enemmän luvussa 6.2.

Haastatteluissa keskusteltiin vastuunjaosta lapsen hyvinvoinnin turvaamisessa. Lähtökohtana nähtiin, että lapsi asuu vanhempiensa kanssa, jotka vastaavat hänen hyvinvoinnistaan. Bronfenbrennerin (1979) ekologisen kasvun teorian mukaisesti haastateltavat näkevät myös laajemman verkoston vaikuttavan lapsen kasvuun ja kehitykseen.

”Vanhemmilla. Seuraavaks lähel olevil, koulutoimel, päivähoitol, joka näkee päivittäin, ja mieltii, mitä voidaan tehdä, et se pysyy tavallisissa rakenteissa. Muu on toissijaista, ei ne oo psykiatrian tai lastensuojelun vastuulla, vaan lastensuojelulla on osa vastuu, psykiatrialla osa.” (H10)

Jos vanhemmat ja peruspalvelut eivät kykene vastaamaan lapsen hyvinvoinnista, ja lapsi on huostaanotettava, tulisi lapsesta saatavilla oleva tieto olla mahdollisimman kattavaa. Lapsen terveystarkastuksilla (Lastensuojelulaki 417/2007, 51§) ja arviointijaksoilla (Lastensuojelulaki 417/2007, 50§) on merkittävä rooli lapsen tarpeiden määrittelyssä ja soveltuvien palveluiden valinnassa. Hyvällä arviolla mahdollistetaan lapsen oikeus saada tarpeitaan vastaavaa huolenpitoa.

”Et nythän toimii meillä vastaanottokoti, joka on tietysti kurjaa, et se on tilapäinen ratkaisu ja nuori tietää sen, mut sieltä sitten pitkäaikainen sijoitus on harkittu. Et nopeammin tehtynä voi tulla virheitä.” (H7)

Vaikka vastaanottokoti väliaikaisena paikkana lapselle tuottaa omia ongelmia, lapsen tuen tarpeen syiden tunteminen on tärkeää, jotta voidaan arvioida, onko lapsella lastensuojelun vai psykiatrian palveluiden tarve. Samaan tulokseen ovat päätyneet

Koponen ym. (2010) tutkimuksessaan sijaishuoltoon sijoitetuista nuorista nuorisopsykiatrian osastohoidossa sekä Sinko ym. (2016) tutkimuksessaan sijaishuoltopaikkojen valinnasta. Lapsen tarpeiden arviointi ja lapsen tunteminen sekä arviointi hänen sopivuudestaan sijoituspaikan lapsiryhmään tukevat myös sijoituksen pysyvyyden mahdollisuutta (Wigley ym. 2011, 584; Epstein ym. 2015).

Puutteellisen tai virheellisen arvioinnin nähtiin vaikuttavan sijoituksen pysyvyyteen myös siitä näkökulmasta, että lapselle tulee useita jaksoja psykiatrialla.

”... ja aika usein nuoria sijoitetaan myös liian kevyisiin paikkoihin heidän ongelmiinsa nähden, ja silloin tulee just sitä pyöröovisyndroomaa sitte meille päin, et nuori tulee toistuvasti...” (H4)

Vaikka kyseessä ei välttämättä ole sijaishuoltopaikan muuttaminen, voi psykiatristen osastojaksojen nähdä aiheuttavan jonkinlaista sijoituksen katkeamista. Sijoituspaikan mahdollisimman tarkasta valinnasta huolimatta lapsen tausta voi olla niin traumaattinen, että se vaikuttaa lapsen kulkemiseen psykiatrian ja lastensuojelun välillä. Lapsen hoitamattomuus ennen lastensuojelun sijoitusta nähtiin vaikuttavan mahdollisuuteen kuntoutua, mikä vaikuttanee myös sijoituksen pysyvyyteen.

”...jos ajattelen pienempää lasta, niin ei se tarvii ku et se on vuoden hoitamatta ilman kontaktia... siinä on jo niin suuria vaurioita tapahtunu, että kyllähän nää niin vaatii paljon, paljon enemmän hoitoa kuin samanikäinen hoidettu lapsi...” (H6)

Lapsen kiinnittymisen ja ennakkoinnin kannalta ongelmallista on myös haastateltujen esiin nostama kokemus siitä, että lasta ei aina oteta lastenkotiin, jossa hän käy tutustumassa.

”Jos me todetaan siellä et ei tää oo meidän nuori, me ei pystytä tarjoamaan sitä mitä tarvii.” (RH4)

Kattavilla esitiedoilla saatettaisiin välttää tällaiset tilanteet. Esimerkiksi lapsen väkivaltaisen käyttäytymisen riskin arviointiin on kehitelty erilaisia menetelmiä, joita voi käyttää psykiatrian potilaiden ja lastensuojeluasiakkaiden arvioinnissa (Kaltiala-Heino ym 2011), jolloin ”turhia” tutustumiskäyntejä ei tulisi.

Myös Sinko ym. (2016, 41) löysivät tutkimuksessaan ristiriitatilanteen lapsen osallisuudessa ja sijoituspaikkoihin tutustumisessa. Toisaalta on lapsen suojelemista, että

hän ei pääse tutustumaan moniin paikkoihin, jottei hänelle tule pettymyksiä. Toisaalta, kun hän ei pääse tutustumaan eri paikkoihin, eikä hän voi valita sijoituspaikkojen välillä, ei osallisuus toteudu.

Lapsen tarpeiden tunnistamiseen auttaa myös lapsen suunniteltu siirtyminen esimerkiksi psykiatrian osastolta suoraan lastensuojelulaitokseen, jos psykiatrian osastojaksolla on tullut esille lapsen sijoituksen tarve. Lapsen siirtyminen osastolta lastenkotiin tulee toteuttaa ajan kanssa, jotta lapsella on mahdollisuus tutustua paikkaan ja ohjaajiin.

”... nii semmonen asteittain. Elikkä yhtenä päivänä mennään tutustumaan, toisena päivänä voidaan mennä tutustumaan sit jää vähän pidemmälle, voi olla koko päivän siellä ja sit on yöloimiakin voi olla siellä lastensuojelulaitokses.” (RH4)

Prosesseja toivottiin kehitettävän esimerkiksi niin, että tiedonvaihto tapahtuisi suoraan lasta hoitavien tahojen kesken, mikä edesauttaa lapsen hyvinvoinnin turvaamista. Tieto ei kulje välttämättä tarpeeksi nopeasti lastensuojelulaitokseen, jos psykiatrian osasto viestii havaitsemansa asiat vain lapsen asioista vastaavalle sosiaalityöntekijälle.

”... et jos on jotakin mitä siel osastolla on tullut jo ilmi siihen konkreettiseen arkeen ja siihen semmoseen mikä on se... mitä te ootte nähny hyväks, vois olla tai toimii tämän nuoren kanssa. Ni semmonen tieto ei välttämättä välittyis sit sosiaalityöntekijän kautta Ihan semmosii konkreettisii jutui, neuvoja, vinkkejä. Tää ehkä kannattaa, tää ehkä ei kannata.” (RH4)

Haastatteluissa toivottiin myös, että viestinnässä voitaisiin luopua ongelmakeskeisyydestä. Lapsen vahvuuksien näkeminen ja esiin tuominen tukee hänen identiteettinsä kehittymistä myönteiseen suuntaan (Ungar 2001). Positiivisen identiteetin avulla lapsen on mahdollista saavuttaa myös hyvinvoinnin vaativampia ulottuvuuksia, kuten itsensä toteuttamista.

”... joo ja nimenomaan se, että me pystyttäis kaivamaan näitä vahvuuksia... me ei välttämättä tehdä näiden sairauksien kanssa vaan me ruvetaan kaivaa niitä vahvuuksia sieltä.” (RH4)

Molemmille tahoille on yhteistä, että lapsen kasvatus ja hoito tapahtuvat laitolosuhteissa. Munfordin & Sandersin (2015, 424–425) Uudessa-Seelannissa tehdyn tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmista kärsivät nuoret (13–17-vuotiaat) kokivat

hyötyvänsä laitosisuhteista, joko lastensuojelulaitoksessa tai psykiatrian osastohoidossa. Hyödyllisiksi he kokivat erityisesti laitoksissa olevat rajat ja rakenteet. Laitoksissa he tunsivat olevansa turvassa ”ulkomaailman” houkutuksilta, he saivat taitoja ja aikaa käsitellä omia asioitaan ja mahdollisuuden nähdä tukevaisuutensa uudesta näkökulmasta. Laitosisuhteissa he kokivat saavansa erityisesti heille suunnattua hoitoa. Sama tuli esille myös tässä tutkimuksessa.

”...kun he tulee meille (psykiatrian osasto), et he rauhoittuu ja kokee olevansa turvassa viittaa siihen, et jos kehitetään riittävän tukevia paikkoja, niin hoito voidaan järjestää. Mut se et yritetään hoitaa liian vähällä miehityksellä ja liian kevyissä olosuhteissa niin nää nuoret ei kestä sellaista. Et nää nuoret ei kestä sellasta et heillä on liikaa vastuuta ja vapautta...” (H4)

Kun lapsella on tarve psykiatrian ja lastensuojelun sijaishuollon palveluihin, haastattelussa todettiin viranomaisilla olevan tällöin yhteinen ja jaettu vastuu lapsen asioissa. Riskinä kuitenkin nähtiin, että asiantuntijuus ja vastuu jäävät usein liikaa lääkäreille ja viranomaisille. Haastattelussa painotettiin vanhempien ensisijaista vastuuta, vaikka lapsi on sijoitettu.

”...myös vanhemmilla on ehdottomasti vastuuta ja heitä pitää vastuuttaa, ei se vanhemmuus mihinkään häviä sijoituksen jälkeen... ja toiset pystyy kantamaan sitä vanhemmuuden vastuuta eri tavalla kuin toiset...” (H1)

Vanhempien vastuuttaminen liittyy kiinteästi ajatukseen, että lapsen sijoitus on väliaikainen. Lastensuojelulain (417/2007, 4 §, 54 §) mukaisesti lastensuojelun sijaishuollon tavoitteena on lapsen ja perheen kuntoutuminen sekä lapsen palauttaminen kotiin. Lapsiperheiden kanssa työskennellessä ristiriitaa kuitenkin aiheuttaa vaatimus perheen näkemisestä keskiössä suhteessa lapsen oikeuksiin.

”Enemmän on haasteena saada vanhemmat tulemaan tänne ja kiinnostumaan lastensa asioista ja kokemaan, et he on edelleen vanhempia... Lapsilla voi olla toive, et pääsis pois... Ja sit on niit lapsii, jotka halua olla täällä ihan selkeesti ja ei tavoittelekaan kotiin menemistä.” (H1)

Lapsen suhteet omiin vanhempiin tukee lapsen mielenterveyttä (Hukkanen ym. 1999, 272), mikä alleviivaa lapsen ja hänen vanhempiansa suhteiden tukemisen tärkeyttä

sijoituksen aikana. Vanhempien sitoutuminen lapseen sijoituksen aikana on merkittävä tekijä lapsen kuntoutumisessa. Silti ei ole syytä unohtaa haastatteluissa esiin nostettua toivetta lastensuojelun ja psykiatrian henkilökunnan sitoutumisesta lapsen kohtaamiseen ja hoitoon.

”...mut oishan ne pitkät ihmissuhteet tärkeitä, et vois luottaa ja asioit käsitellä.” (H3)

6.2 Palveluihin valikoituminen - lapsi rajatyön risteyksessä

Lapsen oikeus hoitoon perustuu ensisijaisesti Lasten oikeuksien sopimukseen. Tätä tukevat lainsäädännön vaatimukset palveluille silloin, kun lapsen vanhemmat tai muut huoltajat eivät kykene hänestä huolehtimaan. Lapsen hoivan ja huolenpidon lähtökohtana tulee olla lapsen hyvinvoinnin eri ulottuvuudet sekä lapsen yksilökohtaiset tarpeet, esimerkiksi lastensuojelun palveluiden ja psykiatrisen hoidon tarpeet. Lastensuojeluun sijoitetuilla lapsilla on samat oikeudet kuin muillakin, vaikka he ovat lisäksi erityisen tuen tarpeessa (Bardy 2013, 67).

Asiantuntijat näkivät lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman roolin merkittäväksi, jos se toimisi. Palvelukokonaisuuksien suunnittelun lähtökohtana tulisi olla hyvinvointisuunnitelma, joka kokoaisi palvelut toisiaan tukeviksi.

”...lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, et siin on ideana se, et kunnat pakotetaan siihen et ei se oo vaan joku juttu. Et kokonaisuuksia pitää miettiä ja hahmottaa se, et jossei jotain tehdä heti, loppujen lopuks tulee paljon enemmän kustannuksia.” (H5)

Myös sijaishuoltoon sijoitetun lapsen kannalta on tärkeää, että alueellinen yhteistyö toimii ja lasta hoidetaan. Kunnan tai sairaanhoitopiiriin tulee järjestää lastensuojelun asiakassuunnitelman mukaiset palvelut (Lastensuojelulaki 417/2007, 12§; Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010, 32§ ja 69§), myös sijoitetun lapsen kohdalla.

Aineistossa käsiteltiin ensi sijassa yhteistyötä lastenkotien ja psykiatristen osastojen välillä. Asiantuntijoiden puheissa merkittävään asemaan nousivat peruspalvelut ja avopalvelut, kuten psykiatrian poliklinikat, joita myös lastensuojelun sijaishuoltoon sijoitetut lapset käyttävät. Peruspalveluiden ja erityispalveluiden keskinäinen rooli lapsen palvelujärjestelmässä oli myös yksi esille noussut teema. Tiivistettynä asiantuntijat toivoivat ennaltaehkäisevien peruspalveluiden toimivuutta, jotta korjaaviin erityistason

palveluihin ei olisi suurta tarvetta. Tärkeänä nähtiin lapsen oikeanlaisten palvelujen saaminen ja toisten toiminnan perustelujen ymmärtäminen.

”...se lapsi voi olla keskellä risteystä, ja että jos sitä kattoo toiselta kadulta ni näyttää, että se on meidän kadulla ja kun kattoo toiselta kadulta ni näyttää et kyl se on meidänki kadulla. Mutta että kummanki lähestyessään pitää noudattaa niitä liikennemerkkejä, joita siihen omalta osalta on tullessa. Ja sillä tavalla kunnioittaa sitä.” (H8)

Lapsen tarpeiden arviointiin vaikuttaa haastattelujen mukaan se, että psykiatria ja lastensuojelu kuuluvat eri sektoreille, joissa ovat omat budjetit. Tarpeiden arvioinnin yhteydessä pohditaan sitä, kuka maksaa. Todettujen tarpeiden perusteella valikoituvat lapselle annettavat palvelut.

”Eihän tällä lapsella voi olla tällasia tarpeita, koska meillä ei ole tähän rahaa... sensuroidaan itseä havaitsemasta asioita, jotka tulis kalliiks.” (H8)

”...et on suurin piirtein sellaset rajat ja normit sille toiminnalle ja paljon jää sitten näihin käytäntöihin, jotka on muodostunu... ja sitte ihan yksittäisten ihmisten tekemiset, ajatusmaailma ja ammatti-identiteetti.” (H6)

Koska lainsäädäntö ei määrittele konkreettisesti vastuunjakoja sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on sekä psykiatrisia että kasvatuksellisia ja sosiaalisia olosuhteisiin liittyviä ongelmia, lapsen valikoituminen palveluihin näyttäytyy sattumanvaraiselta. Kiuru ja Metteri (2014, 187) puhuvat rajalla tapahtuvasta suhteiden määrittelystä, jossa koko ajan pohditaan oman yksikön suhdetta muihin palveluihin. Smithin & Carrollin (2015, 11) tutkimuksen mukaan lastenkodin työntekijät näkivät itsensä alisteisessa asemassa psykiatrian työntekijöihin nähden tässä suhteiden määrittelyssä. Työskentelyn keskittyessä eri sektoreiden suhteiden määrittelyyn järjestelmä ei ole lapsesta lähtevä, vaan toiminnalla on asiantuntijakeskeinen orientaatio (Mönkkönen 1999, 2002).

Lapsen hyvinvoinnin kannalta lastensuojelun ja psykiatrian tehtävät nähtiin erilaisina. Molemmille nimettiin omat tehtävänsä lapsen hyvinvoinnin kokonaisuudessa. Haastatteluissa lastenkodin tehtäväksi nähtiin lapsen arjessa selviytymisen tukeminen, opettaminen ja kuntouttaminen. Samalla lasta tulee tukea myös tulevaisuuteen.

”...on mietittävä niitä valmiuksia, joita asiakkaalla on meiltä lähtiessään. Minkälaisia taitoja pitää osata, minkälaiset sosiaaliset suhteet pitäis olla, minkälaine verkosto, joka kannattelis sijoituksen jälkeen.” (H1)

Psykiatrian tehtäväksi nähtiin hoitaa lapsi, jolla on psykiatrisia ongelmia, esimerkiksi ahdistusta, masennusta, tai syömishäiriötä. Lastensuojelun näkökulma omasta tehtävästään on laajempi kuin psykiatrian. Lastensuojelun mainitsema kuntoutuksen tehtävä kattaa laajan tehtäväkentän, joka onkin haastavampi määritellä. Myös kansainvälisen tutkimuksen mukaan psykiatrian työntekijöillä on selkeämpi ja rajatumpi näkemys omasta perustehtävästään kuin lastensuojelun työntekijöillä (Smith & Carroll 2015, 10).

Lastensuojelun ja psykiatrian työskentelyn viitekehys nähtiin erilaisena. Lastensuojelulaitosten työn viitekehyksinä mainittiin lapsen näkeminen yksilönä, eri näkökulmien yhdistäminen, lapsen historia ja sijoituspaikan konteksti. Viitekehysten perusteella lastensuojelussa ja psykiatriassa lähestytään eri tavalla lapsen ongelmia ja vastataan niihin eri menetelmillä.

”...vaikka se hoidollisuus, kasvatuksellisuus on niinku sitä kolikon, saman kolikon eri puolta... et se viestikapula, mikä tulee niinku sitten suuntaan tai toiseen ojennettuna, kun nuori siirtyy paikasta toiseen... kumminki niin näkökulmat vaihtuu aika rajustikin siinä kohtaa, kun tullaan niinku hoitolaitoksesta kasvatukselliseen ympäristöön.” (RH3)

Toisaalta koetaan, että palveluiden tulisi olla melko samantyyppisiä.

”...lastensuojelu ja psykiatria, niin sen pitäis sen nuoren kannalta tarjota se sama paketti pääpiirteissään ja se vaihteluväli ei saa olla liian suuri.” (RH1)

Tähän kulminoituu aiemmin käsitelty lapsen hyvinvoinnin määrittely. Nähdäänkö lapsen hyvinvoinnin kokonaisuus omaksi tehtäväkentäkseen, vai erotellaanko hyvinvoinnin osat. Lastensuojelun kokemus kuntoutuksesta omana tehtävänänsä kattaa hyvinvoinnin kokonaisuuden. STM:n määritelmän mukaan ”kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä.” (<http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>).

Abbottin (1988) ja Pärnän (2012) määrittelemää rajatyötä ja professioiden keskinäistä kilpailua kuvaa hyvin aineistossa esille noussut ”Musta Pekka”-ilmiö. Tilanne näyttäytyy sellaisena, että kukaan ei huoli lasta, ja häntä siirrellään paikasta toiseen. Musta Pekka -ilmiön välttäminen onnistuisi asiantuntijoiden näkemyksen mukaan yhden tahon sitoutumisella moniongelmaisen lapsen hoitoon muiden tarvittavien tahojen tarjoamalla tuella.

”...et se hoitava taho lastensuojelun tai psykiatrian puolella sitoutuis siihen asiakkaaseen ja olis valmis rakentamaan pidempiä palveluprosesseja... et ensin käydään katkolla ja sitte jatketaan siitä, mihin katko jäi ja näi” (H1)

”...et se paikka on lähtökohtaisesti pitämässä siitä nuoresta ja haluaa jonkun selkeän tutkimuksen sen nuoren jostain spesifistä ongelmasta. Silloin se yhteistyö skulaa, Viel parhaimmillaan se on, kun se on sijoitettu ja meillä on avohoitokontakti esimerkiksi, joka kannattelee.” (RH1)

”Musta Pekka”-ilmiö aiheuttaa ristiriidan haastatteluissa korostuvan lastensuojelun sijoituspaikan pysyvyyden merkityksen kanssa. Haastavien lasten sijoituksen pysyvyyden tukemiseksi haastatteluissa keskusteltiin sijoituspaikan kouluttautumisen tarpeesta.

”Kyllähän semmonen tietoisuuden lisääminen esimerkiksi lastensuojelun puolelle sille henkilökunnalle, ketä siel duunia tekee, että olis pelimerkkejä ittelläki ehkä enemmän tehdä ku hyperventiloida jostain ilanteesta ihan turhaa...” (RH3)

”Et ei nuoret oo mitään heittopussei, et katsotaan yks laitos ja sit seuraava ja seuraava.” (H10)

Toiveena oli, että riittäväällä koulutuksella vältettäisiin lyhytaikaisia lapsen siirtymisiä lastensuojelusta psykiatriaan tai pitkäaikaisia lastensuojelun sijoituspaikan muutoksia. Riitta Granfelt puhuu kiinnipitävästä ympäristöstä, joka kannattelee ja sallii heikkoudet (Granfelt 1998, 162–166).

Uudenlaisena Musta Pekka -ilmiönä nähtiin lapsi, joka siirretään lastensuojelulaitoksesta ilman huoltajaa tai lastenkodin työntekijää psykiatrian osastolle. Lapsi esimerkiksi lähetetään yöllä ambulanssilla yksin päivystykseen. Psykiatrialla ei ole tällöin mahdollista saada kaikkea tarvitsemaansa tietoa lapsen tilanteesta.

”Kon heitä (sijoitettuja nuoria) sijaishuollosta ilman biologisten vanhempien kontaktointia siirretään psykiatriselle...” (H8)

”...että nuori tulee meille ambulanssilla, vaikka se on M1-lähetete tehty. Mut ei saattajaa. Se on huono juttu. Me tarvitaan se saattaja aina. Me ei voida luottaa pelkästään siihen nuoren kertomukseen.” (RH4)

Tämä ilmiö tuli esille myös Koposen ym. (2010) tutkimuksessa. Lasten siirtyminen lastensuojelulaitoksesta psykiatriseen hoitoon tapahtuu usein akuuttitilanteessa. Lapsen sijoittaminen psykiatrian osastolle hyödyntäisi kuitenkin lasta eniten, jos se voitaisiin tehdä suunnitelmallisesti, eikä sen lähtökohtana olisi lapsen rankaiseminen huonosta käyttäytymisestä (Koponen 2010, 4077).

Laukkasen ym. (2013) tutkimuksessa sijoitetut nuoret raportoivat kokeneensa ahdistusta, jännittyneisyyttä ja vaikeuksia hallita aggressiivista käyttäytymistä ennen psykiatrian sairaalajaksoa. Henkilökunnan herkkyys huomioida lapsen huonoa oloa voisi ehkäistä akuuttitilanteita. Sladovic Franz (2004) kiinnitti tutkimuksessaan huomiota siihen, että lastenkodin henkilökunnalla ei ollut tietoa lasten todellisesta voinnista. Lapset raportoivat enemmän käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmista kuin työntekijät olivat havainneet.

Useat sijoituspaikat lapsen historiassa näkyvät hänen voinnissaan, siirtämisillä aiheutetaan lisävaurioita, jopa traumatisoitumista (vrt. Koponen ym. 2010; Tolonen 2014). Ennen kaikkea sijoitusten pysyvyys ennaltaehkäisee psykiatrisen osastohoidon tarvetta. Myös sijoitettujen lasten sosiaalisten taitojen tukeminen voi ennaltaehkäistä psykiatrian osastojaksoja. (Persi & Sisson 2008, 91.)

Lapsen siirtämisten välttämiseksi haastatteluissa nostettiin esille ajatus palveluista, joissa samassa yksikössä toteutettaisiin arviointia ja hoitoa. Myös liikkuvien työryhmien uskottiin vähentävän lapsen siirtämistä ja mahdollistavan lapsen hoidon arvion hänen elinympäristössään.

”Mä oon siis monta kertaa, kun on tullut esitys, et ottakaa tää nuori tarvearvioon, niin mennyt sinne laitokseen henkilökunnan kanssa ja tapaamaan se nuori ja siinä saa paljon paremman käsityksen kuin ekan 3 viikon aikana osastolla sain, kun hänet tuodaan uuteen ympäristöön...” (H8)

”Ja se, että ku se hoito tapahtuu toisaalla... sen nuoren rooli muuttuu matkalla lastensuojelulaitoksest psykiatriseen hoitolaitokseen. Ei oo olemassa semmosta tutkimusjaksoa, tai se ei ole riittävän pitkä, et saatais niit ongelma, ongelma-asioita esille siel psykiatrisella puolella” (RH2)

”Et siitähän me ollaan kiinnostuneita yhtäläillä, minkälaisissa olosuhteissa.” (RH4)

Kun lapsi siirretään omasta kodistaan (myös lastenkoti) toiseen ympäristöön, muuttuu hänen käyttäytymisensä. Lapsen ongelmat eivät tule esille samalla tavalla toisessa ympäristössä, koska esimerkiksi työn viitekehys on erilainen: psykiatrialla hoidollinen ja lastensuojelulaitoksessa kasvatuksellinen. Liikkuvilla palveluilla mahdollistetaan lapsen tilanteen arvioiminen hänen arjessaan, pysyvissä olosuhteissa. Kansainvälisten tutkimusten jatkosuositukset painottavat liikkuvien palveluiden merkitystä (Kiuru & Metteri 2014, 67). Myös Koponen ym. (2010) ovat esittäneet, että psykiatrian osastolla lapsen ongelmallinen tilanne ei välttämättä tule esille samalla tavalla kuin lastensuojelulaitoksessa, johtuen esimerkiksi paikkojen erilaisista rakenteista.

Liikkuvina palveluina voi katsoa eri sektoreiden toisilleen tarjoamat konsultoinnit. Tällöin lapsi ei liiku, vaan henkilökunta tekee työtä sen eteen, että tilanne korjaantuu lapsen omissa olosuhteissa. Haastatteluissa nousi esille onnistuneena kokemuksena avohoidollinen interventio. Psykiatria konsultoi lastensuojelulaitosta, millä tavalla lapsen kanssa tulisi toimia. Tällöin tilanne laukesi, lapsi alkoi voida paremmin.

”...konsultoida joissain semmosis tapauksis mihin mejän paukut loppuu, ni ilman muuta, et siinä on kuitenkin se nuori, jonka asiaa ajetaan eteenpäin...”
(RH3)

Huoli lapsen oikeudesta psykiatrisiin palveluihin on otettu esille lastensuojelulain valmistelussa sekä valtionalouden tarkastusviraston lausunnoissa. Psykiatrian asiantuntijat tuovat esille, että psykiatrisen hoidon lähtökohtana on huomioida lapsen ja perheen tilanne.

”...et psykiatrialla hoidetaan vaan ne jota ihan oikeesti, joilla on on jo potilaalla, ihan nuorella itsellään psykiatrinen häiriö. Et ei se et hänel on monii ogelmiija se et taustas on moninaiisii ongelmii. Et se ei tavallaan oo viel psykiatrisen erikoissairaanhoidon kriteeri.” (H10)

Haastattelujen mukaan psykiatrisella osastolla hoidetaan muutaman viikon ajan, kun lapsella on erilaisia ongelmia, kuten ahdistusta ja masennusta sekä mahdollisia käytösoireita ja itsemurhapuheita. Haastattelut näkevät, että tämän tyyppiseen ongelmien kasautumiseen ei auta muutaman viikon hoito, vaan lapset tarvitsevat pitkäaikaisempaa

hoitoa. Käytösongelmien kohdalla psykiatria ei voi auttaa ja usein lastensuojelu kokee olevansa se, joka lapsen tilanteen ratkaisee.

”...et on verkostopalaveri, jossa ollaan yhtä mieltä siitä, et henkilö tarvitsee psykiatrista hoitoa. Ja vaikka sitä ei ääneen sanota, kaikilla on yhteinen käsitys siitä ja sen jälkeen täytyy miettiä, et onko resursseja ja voidaanko ottaa tää osastolle ja sit todetaan et meidän resurssit on nyt niin piukassa, et mun pitää nyt lausua tässä, et mun mielestä tää ei oo niinku primäärästi psykiatrinen ongelma, et kyl tää lastensuojelullinen enemmän on ja lastensuojelulle ei jää muuta vaihtoehtoa ku huostaanotto ja sijoittaminen.” (H6)

”Sitte me mietimme, et kun tällasta oireilua on ollu pitkään, niin vaikka nyt hoidamme osastolla pari viikkoa sen kriisijakson, niin kyllähän tällainen nuori täytyy olla jossakin muualla hoidossa, emme voi kerätä näitä pitkäksi aikaa osastolle, kun menemme silloin tukkoon alta aikayksikön. Nämä on niin pitkäaikaisia ongelmia ja ne vaatii sellaista kasvatuksellista hoitoa ennen kaikkea, vuosia...” (H4)

Haastatteluissa kuvataan resurssien vaikutusta lapsen hoitopaikan valikointiin. Hallituksen esityksessä (252/2006) esille nostettu käytännön ongelma, eli psykiatristen resurssien puute, näkyy lapsen hoidon tarpeen määrittelyssä. Lastensuojelun tehtäväksi jää paikata psykiatrian puutteellisia resursseja. Toisaalta myös psykiatria joutuu paikkaamaan lastensuojelun resurssiongelmia.

”Ja oon mä ihan niinku, et se on suoraan ääneen sanottukin, et laitokset ollaan väsyneitä, et nuori on nyt saatava jonnekin, jotta saadaan omat rivit kuntoon ja järjestelyt...” (RH3)

Lapsen oman käyttäytymisen ja resurssien puutteiden lisäksi haastatteluissa tuotiin esille myös kolmas näkökulma lasten lähettämiseen lastenkodista psykiatriseen hoitoon. Koska lastenkoti on myös muiden lasten koti, pitää ajatella muita lapsia, joihin yhden oirehdinta vaikuttaa. Kouvoson (2012, 48) tutkimuksen mukaan lapsen koskemattomuuden loukkaamista perusteltiin usein joko lapsen itselleen aiheuttamalla haitalla tai muiden tilanteen vaarantamisella.

”Ja sit niinku pitää ajatella myös niitä muita nuoria. Se on myös heidän kotinsa, jos yks tyrannisoi sitä ja hajottaa koko paletin...” (RH4)

Yhden lapsen oirehdintaan puuttuminen voi toimia myös ennaltaehkäisevästi niin, ettei oirehdinta leviää muihin lapsiin.

Lapsilla, myös sijoitetuilla, on oikeus hakea itse apua lastensuojelusta ja psykiatialta. Haastateltavien kokemuksen mukaan osa lapsista hankkiutuu tarkoituksella psykiatrian palveluihin. Kiuru ja Metteri (2014, 179) löysivät myös aineistostaan tilanteita, joissa nuori on itse toivonut pääsevänsä psykiatriseen hoitoon.

”Ja nuori edelleen lääkärillekin ilmoitti, että hän aikoo tappaa itsensä ja kaikki muutkin. Lääkäri laitto sen M1 lähetteen ja kun tultiin osastolle, ni siinä vaiheessa tyttö tajus, kun on ollu siellä aikasemminkin niin näki sen kaiken ja tajus et mä en haluu tänne. Ja siel palaverssa sitten istuttiin hyvin si taval et joo joo, kyllä, ei en mä, mä liitoittelin...” (RH4)

Tällöin psykiatrian henkilökunnan tehtäväksi jää arvioida, onko nuorella todellinen riski vahingoittaa itseään. Lapsen negatiivinen käyttäytyminen on usein myös huomionhakuisuutta, jolla lapsi testaa sijaishuoltopaikan aikuisten kiintymystä ja sitoutumista häneen (Merrit & Franke 2010).

Palveluiden totuttamiseen vaikuttaa myös lapsen mahdollisuus kieltäytyä hänelle tarjotuista lastensuojelun tai psykiatrian palveluista. Lastensuojelussa lapsen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen avopalveluissa on eettisesti vaikeampaa, koska avohuollon palveluista kieltäytymien voi johtaa huostaanottoon ja sijoitukseen. Lapsen itsemääräämisoikeuden vahva kunnioittaminen psykiatriassa tulee esille oman motivaation korostamisena avohoitoa tarjottaessa.

”...vaik me usein yritetäänkin nuoren kanssa saada hoitokontaktia aikaan, mut jos hän erityisesti kieltäytyy tämäntyyppisestä ja katsoo, et tästä ei ole hyötyä ja silloin mekin katsotaan, ettei tästä oo hyötyä, et hän voi tulla uudelleen sit myöhemmin.” (H10)

Myös lastensuojelussa ymmärretään lapsen vapaaehtoisuuden rooli psykiatrisen hoidon onnistumisessa.

”Siinä kohtaa, kun lapsi on menossa edes johonkin osastolle ni miten se puhutaan sille lapselle, et yleensäkin saadaan se sitoutumaan siihen, et hän lähtee vapaaehtoisesti sinne hoitoon.” (RH2)

Psykiatriassa ja lastensuojelussa on määritelty aikarajoja palvelujen tarjoamiseksi. Aikarajojen toteutuminen lapsen edun mukaisesti on kuitenkin puutteellista.

”Et on se hoitotakuu, mut se koskee vaan ekaa käyntiä ja se ei lähde se prosessi...” (H3)

Lapsen etu ei aina toteudu esimerkiksi palvelujen saannissa, eivätkä kaikkien lasten vanhemmat kykene pitämään lastensa puolia. Viranomaisilla onkin merkittävä rooli tukea lasta palveluiden käyttäjänä. Aineistosta nousi esille sosiaalityöntekijän, lapselle nimettävän palveluohjaajan ja moniammatillisen tiimin rooli lapsen palvelujen saannin turvaajina. Haastateltavien mukaan lapsen oikeanlaisten palvelujen saamisessa tukena tulisi olla moniammatillinen tiimi, joka arvioi lapsen erityistarpeita.

”...et niitä pitäis joitakin asioita kirjoittaa lakiin, niin ikään kuin tota kirjoittaa nuoren tai perheen subjektiivisena oikeutena, että heillä on, kun joku tietty kriteeri ylittyy, niin ohjaus moniammatilliseen ohjaussuunnitelmaan.” (H6)

Moniammatillisen tiimin tulisi tuottaa yhteinen näkemys lapsen tarpeista. Lastensuojelulain mukaisesti sosiaalityöntekijän on mahdollista käyttää moniammatillista asiantuntijaryhmää, mutta asiantuntijaryhmän käyttäminen on kirjattu sosiaalityöntekijän oikeudeksi, ei lapsen tai perheen (Lastensuojelulaki 417/2007, 14§).

Haastatteluissa esitettiin, että lapselle nimetyllä palveluohjaajalla voisi olla oikeus kaikkiin tietoihin ja velvollisuus seurata asiakassuunnitelman toteutumista. Yhdysvalloissa on kokeiltu mentorien käyttöä, joiden tarkoitus on olla lapsen elämässä pitkäaikaisesti tukien häntä palveluissa sekä henkilökohtaisissa asioissa, kuten sosiaalisissa taidoissa. (Kaplan ym. 2009, 137.) Lapsen rinnalla kulkevan työntekijän rooli olisi erittäin merkittävä lapselle, joka on usean sektorin yhteisasiakkuudessa (Munford & Sanders 2015, 426). Riittääkö lapselle nykysysteemin mukainen oma nimetty sosiaalityöntekijä ja lastensuojelulaitoksessa nimetty omaohjaaja? Vai tulisiko lapsella olla oma, palveluista irrallinen mentori, jonka tehtäväkuva olisi laajempi kuin omaohjaajalla ja joka säilyisi lapsen rinnalla sijoituspaikkojen muutoksista tai lastensuojeluprosessin eri vaiheista huolimatta?

Haastatteluissa todettiin, että lapset kestävät huonosti henkilöiden vaihtoa. Lastensuojelun saumakohdissa vaihtuvat työntekijät (avohuolto – sijaishuolto – jälkihuolto) koettiin myös huonona asiana. Toisaalta myös luonnolliset työntekijöiden elämään kuuluvat asiat, kuten poissaolot työstä ja työpaikan vaihtaminen lisäävät henkilöiden vaihtuvuutta (Laitinen & Väyrynen 2011, 182).

Haastattelujen mukaan lapsen asioista vastaavan sosiaalityöntekijän tulisi pitää lapsen puolia lastensuojelulain (417/2007) mukaisesti. Yksi haastateltava totesi, että sosiaalityöntekijän asema on kuitenkin hankala.

”... et kun niit sijaishuoltopaikkoja on tosi hankala saada ja jos he havaitsis epäkohtia, se tarkoittas, et heidän pitäs ottaa lapsi pois ja ilmoittaa siitä... ja ettii uus paikka...” (H6)

Lisäksi haastateltavien näkemyksen mukaan on paljon sosiaalityöntekijöitä, jotka tapaavat nuorta kerran tai pari kertaa vuodessa, muuten nuori on sijaishuoltopaikan käsissä. Haastatteluissa ehdotettiin, että lapsen oikeuksia valvovan henkilön tulisi olla sosiaaliamies tai edunvalvoja, joka on irrallaan kunnan päätöksenteosta. Tällainen henkilö voisi olla myös edellä mainittu palveluohjaaja.

Haastatteluissa todettiin, että lapsen palvelukokonaisuuksia koordinoivan työntekijän, sosiaalityöntekijän tai ohjaajan, tulisi järjestää lapselle palveluja niin, että hänellä ei ole minuuttiaikataulua viikoissa. Sijaishuoltoon sijoitetun lapsen tulisi saada kiinnittyä esimerkiksi lastensuojelulaitokseen; tiukka viikkoaikataulu arkena ja lomat vanhempien luona joka viikonloppu eivät tue tätä tarkoitusta.

Asiantuntijat kokevat, että molemmat sektorit tekevät tahoillaan hyvää työtä tavoitteena lasten hyvinvoinnin edistäminen, mutta silti on lapsia, joiden ongelmiin ei kukaan koe osaavansa vastata.

”On sellasii ongelmii, joihin niinku tämmönen lastenkodin arki ei riittä niinku tukemaan, mut sit taas ei oo suoraan psykiatrisen hoidon tarpeessa, semmosii väliinpuotoajia niinku.” (RH3)

Haastatteluista nousi myös esille näkemys siitä, että vaikean asiakkaan kohdalla tuntuu helpommalta auttaa niitä, joita voisi helpommin auttaa. Synnyttääkö tämä myös väliinpuotoajalapsia? Kokemusten mukaan esimerkiksi lievästi kehitysvammaisen lapsen oikeus saada psykiatrisia palveluja vaihtelee.

Haastatteluissa tiedostetaan, että viime kädessä asiakkaiden näkökulmasta on sama, saavatko he palvelua lastensuojelusta vai psykiatrialta, kunhan palvelua saa.

”Kyl semmosen nuoren kannalta merkittävintä on se, että tota hän saa sen tarvitsemansa avun siinä kohtaa, kun sille on tarvetta.” (RH4)

6.3 Lapsilähtöisyys psykiatrian ja lastensuojelun yhteisasiakkuudessa

Lapsen edun määrittely on tutkimuksissa todettu haastavaksi (mm. Pösö 2012). Aineistossa pohdittiin lapsen etua ja sen toteutumista ja työskentelyn lähtökohdaksi mainittiin lapsilähtöisyys.

”Pitää sitten kuitenkin mieltii, mikä on lapsen, mikä on meidän työtehtävä. Tärkein työtehtävä. Mehän tehdään työtä lasten hyväks... Et se on meille etusijalla tietysti et se lapsi voi hyvin.” (RH4)

”Kyllähän sillä sitä lapsen etua korostetaan aika paljon ja se on tosi tärkeitä, et aina mietittäis sen lapsen näkökulmasta sitä...” (H9)

Haastattelujen lapsilähtöitä näkemystä kuvaa myös se, että lapsen tilannetta halutaan hoitaa, vaikka vanhemmat eivät haluaisi tehdä yhteistyötä. Lapsen näkeminen yksilönä ja hänen tuottamansa tiedon ensisijaisuus aikuisten tuottamaan tietoon tukee lapsen olemista työskentelyn keskiössä (Hotari ym. 2014, 156). Ammattilaisten olisi tärkeä nähdä itsensä osana lapsen tiimiä, jossa lapsi on kokemusasiantuntija ja yhdessä luomassa ratkaisuja omaan tilanteeseensa. (vrt. Kvarnström 2011, 110). Aineistossa kuvattiin asiakas (lapsi ja vanhemmat) oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Tämän vuoksi haastatellut painottavat, että ensisijaista on lapsen ja vanhempien aktiivinen kuuleminen palveluprosessien eri vaiheissa.

”Asiakkaita tulee kuulla ja sitä kautta löytyy se tarkoituksenmukainen paikka...” (H1)

”... et nuoria pitää haastatella, on sitä, et pikkuhiljaa tulee sellaisia luonnollisia muutoksia, joita sit pitää tehdä” (H4)

Erityisesti lapsilla ei välttämättä ole tietoa palveluprosessissa olemisesta, eikä heillä ainakaan ole edellytyksiä toimia oikeudellisissa prosesseissa. Ratkaisuna tähän voisi olla aikaisemmin mainittu palveluohjaaja ja oikeudellisissa prosesseissa edunvalvojan hakeminen (Lastensuojelulaki 417/2007, 22§), jonka tehtävänä olisi myös varmistaa, että tieto kulkee eri ammattilaisten välillä.

Haastatteluissa painotettiin, että lapsen kuuleminen ei ole vain keskustelua. Tilanteissa tulee edetä lapsen edun mukaisesti ja pohtia asioita lapsen näkökulmasta. Lapsen aktiivinen rooli hänen ongelmiansa määrittelyssä tukee lasta myös hyväksymään oman tilanteensa ja ottamaan tarjottua apua vastaan.

”... mut olennaista pitäisi olla kuitenkin pyrkimys ymmärtää nuoren ongelmia, eikä se et siel kasviopin kaltaisesti saadaan lätkästy joku diagnoosi, joka on enemmän tai vähemmän oikeessa...” (H10)

”... et nuoren asiat eivät etene, jos nuorella on tunne, et kukaan ei välitä hänestä. Jonkun täytyy välittää nuoren asioista.” (RH1)

Lapsen osallistaminen työskentelyn eri vaiheissa tukee hänen tunnettaan siitä, että hänestä ja hänen näkökulmistaan todella välitetään. Haastatellut näkevät hyväksi tavaksi, että ennen verkostopalaveria lapsen kanssa keskustellaan siitä, keitä palaveriin kutsutaan, mikä vaikuttaa myös tietojen jakamiseen. Haastateltu psykiatrian edustaja kokee, että heitä ei usein pyydetä muualle. Verkostopalavereiden kokoamisessa tulee myös peruspalvelut huomioida asiakkaan luvalla.

”...ja kyl me pidetään sääntönä, et kaikki nuoren elämässä olevat tahot on verkostoissa mukana...” (H10)

Haastatellut toivat esille, että verkostotyössä tehdään vastuunjakoja lapsen asioissa. Tämä edellyttää tiivistä yhteistyötä: tunnetaan, mitä toinen tekee ja voidaan tehdä yhteinen arviointi lapsen tilanteesta. Tämän vuoksi mahdollisimman monen tahon edustus verkostopalaverissa olisi tärkeää. Toisaalta, käytännössä lapsen kannalta tuntuu pahalta tilanteet, joissa hänen asioitaan on käsittelemässä huoneellinen aikuisia. Olosuhde ei ole sellainen, jossa lapsen tekisi yleensäkin mieli olla läsnä, tai ainakaan aktiivinen.

Haastattelujen mukaan ennen verkostopalaveria pyritään välillä järjestämään viranomaispalaveri, jossa lapsi ei ole vielä itse läsnä. Lähtökohtaisesti tulisi aina pitää lapsi mielessä, kun hänen asioistaan puhutaan toisten viranomaisten kanssa.

”...pitäis niiku tehdä töitä sillä otteella, että nuoresta puhutaan aina siihen tyliin niinku hän istuis samassa pöydässä.” (RH3)

Ongelmallisena asiana nostettiin esille puheenvuorojen käyttäminen verkostopalavereissa. Haastatelussa tuli esille tietoisuus siitä, että verkostopalavereissa lapsen tulisi olla keskiössä. Omahoitaja tai -ohjaaja käyttää lapsen puheenvuoroa, on lapsen tukena ja ajatusten äänitorvi, jos lapsi ei saa sanottua omaa mielipidettään. Tämän vuoksi lapsen etu on, että hänelle nimetään lastenkodissa ja psykiatrian palveluissa

omahoitaja tai omaohjaaja, henkilö, johon lapsi voi turvautua. Nimetystä omaohjaajasta huolimatta kaikki eivät silti välttämättä tule kuulluksi.

”Verkostopalaveritoiminnassa, mun mielestä, se nuori on tietyllä tavalla keskiössä, mutta kun me ajatellaan näitä nuoria, joilla on ehkä sosiaalisia ongelmia, ei ehkä uskalla avautua edes omahoitajalle, niin kyllä se ääni jää hyvin vajaaksi...” (RH1)

Tutkimuksissa lasten oikeuksien ja osallisuuden toteutumisesta korostuu lapsen suhde omatyöntekijään: sosiaalityöntekijään tai muuhun hänen asioistaan vastaavaan henkilöön, kuten lastenkodin omaohjaajaan. Lapset itse toivovat, että oikeuksien kunnioittaminen ja osallisuuden tukeminen sisältäisivät myös välittämisen ja kunnioittamisen. Lapset kokevat erityisesti välittämisen osoittamisen merkittävimmäksi työntekijän tehtäväksi. Tämä antaa myös lapselle mahdollisuuden uuden kiintymyssuhteen luomiseen. Välittävien ihmissuhteiden on myös todettu lisäävän lapsen todellisen osallisuuden toteutumista (Bell 2001, 1). Lapsen oikeuksiin keskittyminen saattaa toteutua teknisesti, lasta kuullaan, mutta esimerkiksi lapsen monimutkaisen tilanteen vuoksi jää pohtimatta lasten tärkeäksi kokema asia, toimenpiteiden seuraukset. Myös lapset itse toivovat saavansa tietoa heitä koskevista tulevaisuuden suunnitelmista. (Barnes 2007, 140; Pölkki ym. 2012.)

Verkostopalaverissa nähtiin olevan kaikkiaan enemmän aikuisten, esimerkiksi viranomaisten puhetta, josta isoa osaa lapsi ei ymmärrä. Tämä vuoksi nähtiin, että verkostot eivät toteudu lapsilähtöisesti. Kokoustilanteet nähtiin lapsen kannalta kankeina ja raskaina.

”...et jos ne on lapsuusiästä asti istunu erilaisissa palavereissa ja katsonu koko armaan kouluiän, et ihmiset tulee ja menee ja vaihtuu ja heidän asioist puhutaa, ni on vaikea saada enää semmosta oman elämän herruutta. Ja ne nuoret miehet istuu ku paketit siin ja heidän pään yläpuolella puhutaan kaikkee...” (H10)

Tällaisessa tilanteessa lapsi on Hurtigin (2003) mukaan fyysisesti läsnä, mutta läsnäolon muut muodot jäävät toteutumatta. Lapsen omaohjaajan tai omahoitajan rooli on merkittävä lapsen fyysisen läsnäolon muuttamisessa kommunikatiiviseksi osallisuudeksi. Lapsen suhtautumiseen viranomaispalavereihin vaikuttavat vahvasti hänen aikaisemmat kokemuksensa vastaavista tilanteista, joita lastensuojelun sijaishuoltoon sijoitetuilla on runsaasti (Pölkki 2012).

Haastateltujen puheissa lapsen oikeuksia on tuotu esille erityisesti lainsäädännön mukaisesti. Lapsen oikeuksiin liittyen mainittiin salassapito-vaitiolovelvollisuus; asiakkaan lupa tietojen luovuttamiseen; lapsen kuuleminen tai nuoren haastattelu; omien papereiden näkeminen kirjallisella pyynnöllä; lastensuojeluasiakkuuden selkeä alku ja loppu (päätökset tai merkintä asiakassuunnitelmaan); hoitotakuu; lapsi voi päättää itse hoidostaan, kun pystyy; huostaanottoa ei voi tehdä sen perusteella, että terveydenhuollon palvelut eivät toimi; lapsen sijoittaminen sairaalaan, jos lapsi tarvitsee hoitoa ja vanhemmat vastustavat; alaikäinen voi kieltää omien tietojen antamisen vanhemmille; lapsen etu ja asioiden katsominen lapsen näkökulmasta; lastensuojelun oikeus saada tietoja; ilmoitusvelvollisuus sekä lapsen huomioiminen aikuisille suunnatuissa palveluissa.

Työskentelyn suunnitelmallisuuden katsotaan tukevan lapsen oikeuksia. Mitä suunnitellumpaa toiminta on, sitä paremmin se näkyy onnistuneena tuloksena lapsen näkökulmasta.

”Minkä tyyppistä apua tälle lapselle pyritään hakemaan. Ja mistä hän hyötyy, et ku tehdään pikaliikkeitä, ni voi olla et mennä täysin mettää ja sijoituspaikka ei oookkaan tän lapsen tai nuoren tarpeit vastaava.” (H2)

Lapsen sijoituspaikkojen vaihtumisen todettiin vaarantavan lapsen hyvinvointia ja lisäävän riskiä lapsen mielenterveysongelmiin (ks. luku 6.2). Lapsilähtöisyyden näkökulmasta sijoituspaikkojen vaihtuminen on ennen kaikkea lapsen oikeuksien kannalta ongelmallinen tilanne. Lastensuojelulaissa edellytetään työskentelyn lähtökohdaksi lapsen olosuhteiden ja ihmissuhteiden pysyvyyden turvaaminen (Lastensuojelulaki 417/2007, 4§, 50§).

Sijoituspaikkojen muutosten lisäksi sijoitettujen lasten ympärillä on usein paljon aikuisia, esimerkiksi omahoitaja lastensuojelulaitoksessa, koulun erityishenkilökunta ja kuntoutushenkilökuntaa lastensuojelulaitoksen ulkopuolella. Haastatellut kokivat, että tätä aikuisten määrää on turha laajentaa, jos lapsi ei sitä halua.

”Et jos on muutenki laaja verkosto ja erilaisii aikuisia ihmisiä enemmän ympärillä. Niin sit on pakko käydä hoidossa, niin se asetelma on täysin järjetön.” (H10)

Riskinä kuitenkin nähtiin, että lastensuojelulaitoksessa lapsen kanssa keskustelut muuttuvat ohjaavista terapeuttisiksi.

”Että niinku jotkut nuoret kiintyy meihin, haluais meidän kanssa käydä niitä keskusteluja ja ei halua tosiaan sinne kallonkutistajalle.” (RH2)

”Et laitoksis se on sama asia, et sä voit olla omaohjaaja tai muuten vaan tärkeä ihminen, mut et sää terapeutti voi olla.” (H2)

Lastensuojelun ja psykiatrian välillä tarvitaan selkeä roolijako, omaohjaaja ei voi, eikä saa samalla olla terapeutti. Toisaalta lapsen palvelukokonaisuuden suunnittelussa on tärkeä pohtia lapsen todellista tarvetta keskusteluapuun, onko se terapeuttista otetta vaativaa vai enemmän aikuisen läsnäoloon liittyvää.

Haastatteluissa tuli esille se, että lainsäädäntöä tulkitaan ristiriitaisesti ja tarvittaessa sen nähdään kieltävän yhteistyön eri sektoreiden välillä (vrt. Moilanen ym. 2004, 457–458; Mahkonen 2010, 19–20). Toisaalta lainsäädännön suomat mahdollisuudet yhteistyöhön tiedostettiin myös.

”No meillä on se suostumuksen hallinta... et just se et mitä tietoja saa antaa ja kenelle ja näin. Mut muuten meillä on se yhteistyön velvoite laissakin, et täytyy tehdä yhteistyötä. Ja kaikkien kanssa, ku on potilaan asioissa. Ja erikseen kysytään, kenelle voidaan lähettää, ei se oo ongelma. Enemmän ongelma on se et oikeesti muistettais kysyä.” (H3)

”Me ei voida tietenkään näyttää meidän hoitosuunnitelmaa. Se on vaan potilaalle. Ni me käydään se niinku suullisesti teidän kanssa yhdes läpi...” (RH3)

”Kumminki siinä on kaks instanssia, jotka tekevät sen kyseisen nuoren eteen töitä ja ne asiat, jotka vaatii keskustelua, otetaan esille sitten. Et harvoin meillä on siis jos ajatellaan semmosia vaitiolovelvollisuuskysymyksiä et on jotain niin arkaluonteisia juttuja.” (RH4)

Asiakaspapereiden suullinen läpikäynti lisää mahdollisuutta eri sektoreiden työntekijöiden keskinäisen ymmärryksen lisäämiseen. Jos tieto vaihdetaan lapsen läsnä ollessa, on mahdollisuus tarkentaa lapselta häntä koskevia tietoja. Suullinen läpikäynti lapsen läsnä ollessa on tärkeää kirjalliseen tiedonvaihtoon liittyvän ongelman vuoksi. Esimerkiksi hoitosuunnitelman tai asiakassuunnitelman on kirjoittanut aikuinen, eikä lapsen suullisesti tuottama tieto välttämättä vastaa aikuisen virkamieskielelle käännettyä tietoa (Kiuru & Metteri 2014, 170).

Diagnoosista ja sen vaikutuksista lapsen elämään olisi tärkeä keskustella lapsen kanssa, yrittää saada lapselle näkemys itsestään mahdollisimman normaalina diagnoosista huolimatta. Tämä tukisi myös lapsen halukkuutta ottaa apua vastaan omaan mielenterveysongelmaansa. (Munford & Sanders 2015, 430–432.) Haastattelussa tulikin esille, että jos lapsi on ollut psykiatrian osastojaksolla ja saanut diagnoosin, se käydään lastensuojelulaitoksessa läpi henkilökunnan kesken ja päätetään millä tavalla lasta lähdetään tukemaan. Tärkeäksi koettiin myös välttää lapsen stigman saamista osastojaksosta.

Lapsilla, erityisesti teini-ikäisillä, on paljon yksityisasiota liittyen kehitykseen ja psyykkiseen tilanteeseen, joita lapsi ei jaa perheen kesken, eikä viranomaisten. Lapsen oikeuksien toteuttamisessa haasteeksi nousee se, kunnioitetaanko perhe-elämää vai lapsen yksityisyyttä.

”... et sen saa nuori itse päättää, iästä tietysti riippuen, tietysti... et kyl se on, et jos nuori sanoo ihan konkreettisesti, et täst asiasta ei muuten sitten puhuta, ni ei me... että se täytyy sanoa sille nuorelle vähän niinku etukäteen melkeen, että se voi olla semmonen asia, että me joudutaan nyt kertomaan johonkin instanssiin...” (RH3)

Lapsella oleva tieto on merkityksellistä viranomaisten toiminnalle, mutta erityisesti lapsen ja vanhemman välinen keskinäinen ymmärrys saa tukea lapsen osallisuuden tukemisesta (Muukkonen 2014, 173). Pölkin ym. (2012) tutkimuksen mukaan eettistä ristiriitaa sosiaalityöntekijöille aiheuttaa lapsen oikeus saada tietoa perheensä tilanteesta. Lapset toivovat saavansa tietoa siitä, miksi lastensuojeluasiakkuus on alkanut ja sijoitus toteutettu. Perhe-elämää koskevan tiedon osalta viranomaisten on usein kuitenkin pohdittava, onko lapselle vahingollisempaa saada tietoonsa kaikki perhettään koskevat asiat. (Pölkki ym. 2012, 111.)

15 vuotta täyttäneellä lapsella on myös oikeus kieltäytyä psykiatrisesta hoidosta, mitä tulisi kunnioittaa. Haastattelussa tuli esille, että välillä lapsi kieltäytyy psykiatrian hoidosta myös vanhempien vastustelun vuoksi. Psykiatrisessa hoidossa painotetaan lapsen omaa motivaatiota hoidon onnistumisen edellytyksenä. Osastojen pakkohoitojaksoillakin voi olla nuorta tukevia elementtejä.

”... mut joskus nuoren kohdalla täytyy vaan pysäyttää ja sit he voivat olla siellä hyvinki vapaaehtoisesti ku siel ollaa...” (H2)

Koposen (2010, 4076) ym. tutkimuksessa sijaishuoltopaikasta tarkkailulähetteellä psykiatrian osastolle tulleista nuorista 65% jäi lopulta vapaaehtoisesti hoitoon.

Itsemääräämisoikeuteen puuttuminen nähtiin lapsen näkökulmasta vakavana toimenpiteenä. Kun tehdään ratkaisu, että lapsi otetaan psykiatriseen pakkohoitoon, kajotaan itsemääräämisoikeuteen ja toteutetaan vapaudenriisto. Asiantuntijoiden mukaan yksilön elämään puuttumisen ja vapauden riistämisen tulee olla viimesijaista, vaikka lasten kohdalla kynnyks on aikuisia matalampi.

”Siin täytyy olla iha tarkat perusteet, minkä takii me sit otetaan se tarkkailuun. Mut nuorella riittää, että alaikäisenä riittää se epäily vakavasta mielenterveyden häiriöstä.” (RH4)

Myös lastensuojelun rajoitustoimenpiteiden osalta itsemääräämisoikeuden rajoittaminen nähtiin ongelmallisena. Rajoitustoimenpiteiden käyttämistä lastensuojelulaitokseen kiinnittymisen tukena kritisoiitiin.

”... et kuin pitkäks aikaa rajoitetaan yhteydenpitoa, et nuori ikään kuin sopeutuis / asettuis laitokseen. Mä en tiedä yhtään tutkimusta, jossa osotettais, että laitokseen asettuminen tapahtuu helpommin jos yhteydenpito kielletään.” (H8)

Samalla esitettiin siitä näkemys, että lastensuojelun rajoitustoimenpiteet yleisestikään eivät välttämättä toimi, tai niiden toteuttamisessa ei aina toimita lain mukaan. Kuitenkin:

”Sillon kun nuorta pitää ottaa kiinni ja pysäyttää, ettei hän telo itteään ja muita, niin lastensuojelulain kriteeri on laajempi kuin mielenterveyslaki. Et on toki tilanteita, jossa mielenterveyslaki on ensisijainen, mutta että siinä harmaalla alueella niinkun...” (H8)

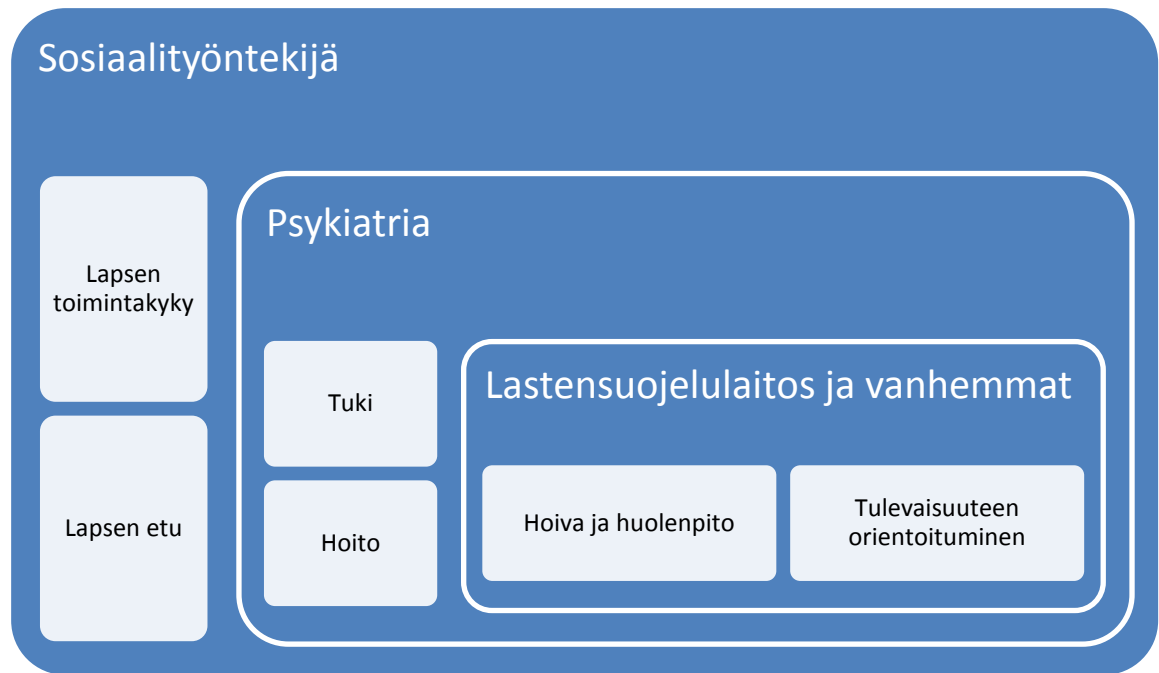
Jotta lapsen asema toteutuisi lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyössä mahdollisimman hyvin, tulisi lapsen osallisuuden olla työskentelyn lähtökohtana. Lapset näkevät tämän toteutuvan vielä puutteellisesti, mikä vaikuttaa heidän negatiiviseen suhtautumiseensa palaverieita kohtaan (Muukkonen 2014, 174–175; Hotari ym. 2014, 160). Eettisesti kestävässä työskentelyssä tarvitaan muun muassa asiakkaan luottamusta työntekijään. Luottamuksellisen suhteen on mahdollista syntyä, kun työntekijä osoittaa luottamusta ja kunnioitusta asiakkaaseen, lasten kohdalla osallistamalla heitä (vrt. Laitinen & Väyrynen

2011, 181, 184). Tutkimusaineistossa lapsen osallisuus nähdään tärkeänä ja puutteet lapsen osallisuudessa verkostotyössä tiedostetaan.

7 Johtopäätökset

Lapsen asema tulee monella tavalla esille psykiatrian ja lastensuojelun asiantuntijoiden puheissa. Lapsi on asiantuntijoiden ajatuksissa myös silloin, kun keskustelun teemana on eri sektoreiden välinen yhteistyö.

Lapsen hyvinvoinnin määrittelyssä keskeisinä nähdään fysiologiset ja turvallisuuden tarpeet. Lapsen hyvinvoinnin eri ulottuvuudet (psykkinen, fyysinen, sosiaalinen) tiedostettiin, mutta käytännön toimissa hyvinvointi pilkotaan osiksi. Vanhempien sosio-ekonominen asema ja sen vaikutus lapsen hyvinvointiin ei noussut haastatteluissa esille. Perheiden eritystilanteina mainittiin ainoastaan uusperheet. Vanhempien rooli lapsen hyvinvoinnin turvaajana vielä huostaanoton ja sijoituksen jälkeenkin nähtiin merkittävänä. Viranomaisten roolia lapsen hyvinvoinnin turvaamisessa silloin, kun lapsi on lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkuudessa, voi haastattelujen perusteella kuvata seuraavasti.



Kuvio 4. Lapsen hyvinvoinnin turvaamisen kokonaisuus.

Sosiaalityöntekijä nähtiin aineistossa melko etäisenä lapseen nähden. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on valvoa lapsen edun toteutumista. Lapsen edun valvojana sosiaalityöntekijän tehtävänä voi nähdä lapsen toimintakykyä rajoittavien ulkoisten tekijöiden poistamisen (vrt. Sen 1993). Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tukea lapsen toimintakykyä esimerkiksi valvomalla, että lapsi saa tarvitsemansa palvelut sekä koulutuksen. Psykiatrian tehtäväksi nähtiin psyykkisesti sairaan lapsen ja häntä hoitavien tahojen, vanhempien ja lastensuojelulaitosten, tukeminen sekä hoidon antamisen lapselle. Hyvä psyykinen terveys tukee ihmisen elämänhallintaa (vrt. Doyal & Gough 1991), joka on merkittävä tekijä ihmisen toimintakyvylle (vrt. Sen 1993). Lastensuojelulaitosten perustehtävinä nähtiin hoivan ja huolenpidon antaminen lapselle, mutta samalla myös lapsen tukeminen itsenäiseen elämään, tulevaisuuteen orientoituminen (vrt. Bardy 2014). Toimiessaan tämä kokonaisuus mahdollistaa lapsen voimaantumisen (vrt. Beck 1997) ja lapsen aseman vahvistumisen.

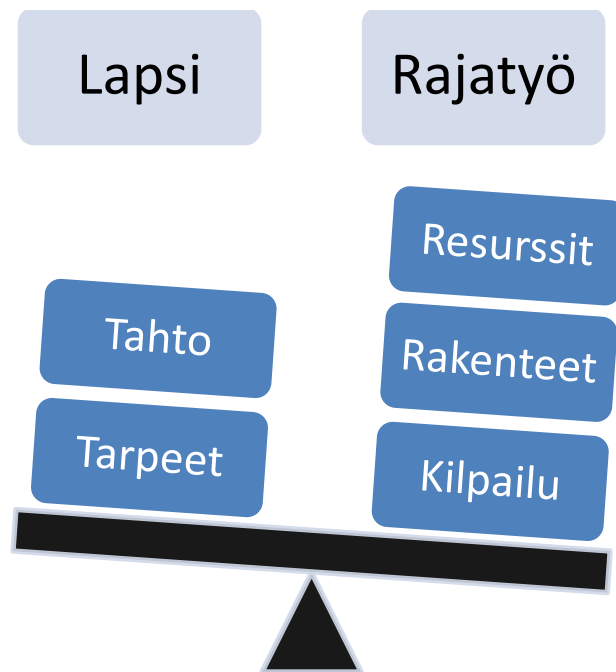
Aineiston perusteella lapsen valikoitumista palveluihin kuvaa hyvin Hurtigin (2003) tihkuvan auttamistavan malli. Lapsen palveluiden saamiseen vaikuttavat yhteiskunnallisen tilanteen luomat haasteet palveluiden resursoinnille (makrotaso). Merkittävänä nähtiin myös aikuisten välinen työskentelysuhde, jota ohjaavat eri organisaatioiden kulttuurit, etiikka ja työntekijöiden henkilökohtaiset piirteet (mesotaso).

Tämä mesotaso nousikin haastatteluissa merkittävimmäksi lapsen palveluiden saamisen kohdalla.

Lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyö näyttäytyy Abbottin (1998) määrittelemänä rajatyönä. Lapsen palveluihin valikoitumisen taustalla (tai jopa palveluihin vaalikoitumisen näyttämöllä) on käynnissä professioiden keskinäinen kilpailu. Mönkkönen (2002) kuvaa tällaista valtasuhteiden hakemista sosiaalisen vaikuttamisen tasoksi, jossa keskinäinen kilpailu estää toimivan yhteistyön. Lapsen aseman kannalta yhteistyön toimimattomuus ja kilpailu rajatyössä aiheuttavat lapsen pallottelua palvelusta toiseen. Aineiston perusteella molemmat tahot pitävät tiukasti kiinni omasta ydintehtävästään, ja lapsen hyvinvointi pilkotaan eri osiin sen sijaan, että se nähtäisiin kokonaisuutena.

Rajatyön ongelmia voisi lieventää aineistossa esiin tullut ajatus lapsen oikeudesta moniammatillisen tiimin arvioon. Tämän tiimin tulisi olla irrallaan lastensuojelun tai psykiatrian yksiköistä, jotta asiakas säilyisi keskiössä eri sektoreiden kilpailun sijasta. Lapsen oikeuksia palvelujen käyttäjänä voisi haastattelujen perusteella valvoa lapselle erikseen nimetty palveluohjaaja.

Haastatteluissa tuli esille myös mikrotason, vanhempien, ja lasten oma merkitys palveluihin valikoitumisessa. Vanhemmat voivat tukea lasta ottamaan palveluita vastaan, tai puolestaan kieltäytyä lapselle tarjotuista palveluista. Lapsen ikä ja kehitystaso huomioiden heidän on myös itse mahdollisuus määritellä, ottavatko he tarjottua apua vastaan.



Kuvio 5. Lapsen valikoituminen palveluihin.

Aineiston perusteella lastensuojelu ja psykiatria ovat löytäneet yhteistyön positiivisen merkityksen ja ovat myös vuorovaikutuksessa, mutta keskinäisten valtasuhteiden hakeminen estää toimivan dialogin syntymistä. Tällöin asiakas, lapsi, katoaa keskiöstä, tai hän ei edes ole mukana dialogissa. (vrt. Seikkula & Arnkil 2005, Isoherranen 2006, Pärnä 2012.)

Halusin tarkastella lapsen osallisuutta nimenomaan kohtaamisosallisuuden osalta ja suhteessa moniammatillisuuteen. Aineiston perusteella työntekijöille on selvää lapsen prosessiosallisuus ja sitä myös noudatetaan lainsäädännön velvoittamana. Sen sijaan lapsen todellinen kohtaaminen on haastavampaa myös ammattilaisille.

Haastatteluissa nousi kattavasti esille lapsen osallisuuden muotoja kohtaamisosallisuudessa ja moniammatillisessa työskentelyssä. Asiantuntijat tiedostavat lapsen osallisuuden merkityksen ja keinot siihen. Osallisuuden muodoista lapsen mahdollisuus valita ja hyödyntää eri asiantuntijoita jäi aineistossa näkymättömäksi. Taulukossa esitetään aineistossa esiin nousseet keinot lapsen kohtaamisosallisuuden parantamiseksi ja moniammatillisen työskentelyn hyödyntämiseksi.

Kohtaamisosallisuus	Moniammatillisuuden ulottuvuus
<p>Lapselle annetaan mahdollisuus ja tuetaan itsensä ilmaisemisessa</p> <ul style="list-style-type: none"> - lapsi keskiössä 	<p>Asiakkaan selviytyminen moniammatillisissa tilanteissa. Annetaanko asiakkaalle aika ja mahdollisuus osallistua.</p> <ul style="list-style-type: none"> - lapselle nimetty omaohjaaja / -hoitaja lapsen tukena
<p>Lasta kuunnellaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktiivinen kuunteleminen - ymmärrys lapsen tilanteesta 	<p>Eri ammattikuntien näkemykset asiakkaan tilanteeseen. Tiedonkulku ammattilaisten välillä.</p> <ul style="list-style-type: none"> - palveluohjaaja - tietojen vaihtaminen lastensuojelun ja psykiatrian välillä
<p>Lapsen kanssa jaetaan valtaa ja vastuuta</p> <ul style="list-style-type: none"> - mahdollisuus kieltäytyä hoidosta 	<p>Asiakkaan mahdollisuus valita työntekijät oman asiansa hoitamiseen.</p> <p>Ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus ja ilmapiiri. Asiakkaan mahdollisuus keskustella usean eri asiantuntijan kanssa.</p>
<p>Lapselle annetaan mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin</p> <ul style="list-style-type: none"> - mahdollisuus päättää, kenelle omia asioita kerrotaan - mahdollisuus päättää, keitä kutsutaan verkostopalaveriin 	<p>Ammattilaisten keskinäinen ja asiakkaan yhteinen näkemys.</p> <ul style="list-style-type: none"> - tilanteet, joissa lasta koskeva tieto tulee välittää eteenpäin - lapsen konkreettinen, tai mielessä oleva läsnäolo, kun hänestä puhutaan eri viranmaisten kesken - vastuunjako asiakkaan asioissa

Taulukko 5. Lapsen osallisuuden toteutuminen moniammatillisessa verkostotyössä aineiston mukaan. (Mukaiillen Thomas 2002; Eskonen ym 2006; Kvarnström 2011; Hotari ym 2013; Muukkonen 2013.)

Huomioitavaa on Pölkin ym. (2012, 110–114) näkemys siitä, että sijaishuoltoon sijoitetut lapset ovat käyneet läpi haastavan, pitkän prosessin ennen sijaishuollon ja psykiatrian yhteisasiakkuutta. Heillä on taustalla jo useita kokemuksia vaikeista tilanteista ja osallisuudesta esimerkiksi lastensuojelun prosessin eri vaiheista. Pölkin tutkimuksessa lasten kokemus oli, että heidän osallisuutensa toteutui parhaiten vasta sijaishuoltoon sijoituksen yhteydessä. Tällöin lapsen osalta on tehty päätös hänen tilanteestaan ja prosessiosallisuudesta on mahdollisuus siirtyä todelliseen kohtaamisosallisuuteen (vrt. Muukkonen 2014).

8 Pohdinta

Muumi-tarinassa näkymätön lapsi tuli näkyväksi, kun hänelle annettiin huolenpitoa ja hoivaa. Häntä rohkaistiin osallistumaan ja hänelle tarjottiin mahdollisuuksia osallistumiseen, vaikka ei ollutkaan näkyvä. Lopullisesti näkymätön lapsi tuli näkyväksi, kun hän uskalsi näyttää tunteensa, viime kädessä vihaisuutensa.

Lastensuojeluun ja sijaishuoltoon sijoitettujen lasten näkyväksi tekeminen lähtee heidän kanssaan työskentelevistä työntekijöistä. Kuten Muumi-tarinan näkymätön lapsi, myös sijaishuoltoon sijoitetut lapset tarvitsevat kiistatta hoivaa ja huolenpitoa. Onko heidän hoitonsa kuitenkin niin kannattelevaa, että he uskaltavat näyttää myös negatiivisia tunteitaan? Tai, kun he ne viimein uskaltavat näyttää kaikki tunteensa, he löytävät itsensä kulkemasta lastensuojelun ja psykiatrian välillä. Tuntien, että heidän paha oloaan ei hyväksytä? Pysyvätkö näiden lasten todelliset tarpeet kuitenkin lopulta näkymättöminä?

Aineiston perusteella kaikilla on kova huoli näistä ns. näkymättömistä lapsista, jotka viranomaistyön käytännössä ovat kaikkein näkyvimpiä ulospäin suuntautuvalla oirehdinnallaan. Lastensuojelun ja psykiatrian ammattilaisilla on halu saada ratkaistua näiden lasten tilanteet pysyvillä ratkaisuilla. Estävätkö resurssit, työntekijöiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja eri sektoreiden käytännöt näiden ratkaisujen löytymisen? Näin aineistossa esitettiin.

Tutkimuksen ajatuksia herättävänä löydöksenä voi pitää sitä, että lapsen oikeuksien valvojiksi toivotaan uutta ammattiryhmää, palveluohjaajia. Tärkeänä lapsen asemaa vahvistavana tekijänä nähtiin lapselle nimettävä omatyöntekijä, jonka tehtävänä on

huolehtia siitä, että lapsella on aktiivinen rooli omissa asioissaan. Lapselle nimetyn sosiaalityöntekijän ja lastensuojelulaitoksen omaohjaajan ei koeta pystyvän takaamaan lapsen oikeuksia. Syiksi esitettiin sosiaalityöntekijän etäistä roolia suhteessa sijoitettuun lapseen sekä lapsen sijoituspaikkojen muutoksista ja lastensuojeluprosessin eri vaiheista johtuvia työntekijävaihdoksia.

Tämän tutkimuksen positiivisena tuloksena voidaan pitää sitä, että lastensuojelun ja psykiatrian asiantuntijoilla on selkeitä näkemyksiä lapsen aseman ongelmista ja myös siitä, millä tavalla ne voitaisiin ratkaista. Myös lapsen oirehinnan taustalla olevat ongelmat tiedostetaan ja lapsen käyttäytymistä ymmärretään niiden valossa. Ratkaisut eivät liity vain rakenteiden muuttamiseen, vaan erityisesti työntekijöiden asenteisiin ja käytäntöihin. Lapsilähtöisyys ja lapsen osallisuuden tukeminen eivät vaadi lisäresursseja, vaan työntekijöiden tietoista asennoitumista niiden suuntaan.

Jatkokoulutuksen tarve moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen lastensuojelun ja psykiatrian välillä on tiedostettu (Timonen-Kallio & Pelander 2012). Koulutusta on järjestetty muun muassa Turun ammattikorkeakoulun koordinoiman Resme-hankkeen taholta. Helsingin ja Turun yliopistossa järjestetään moniammatillinen opintojakso muun muassa sosiaalityöntekijä- ja lääkäriopiskelijoille. (www.socca.fi; <http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/Sivut/yhdessa-enemman.aspx>).

Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (LAPE) tavoitteena on kehittää lapsiperheiden palveluja toimiviksi kokonaisuuksiksi muuttaen painopistettä ennaltaehkäiseviin palveluihin. Toisaalta erityistason palveluja, kuten vaativia mielenterveys- ja lastensuojelupalveluja kehitetään myös, tarkoituksena luoda keskitettyjä osaamiskeskuksia. Tavoitteena on parantaa asiakaslähtöisyyttä sekä lasten, nuorten ja heidän perheidensä osallisuutta. Muutosohjelman keskeiset periaatteet vastaavat tämän tutkimuksen teemoja: lapsen oikeudet ja lapsen etu; voimavarojen vahvistaminen; lapsi- ja perhelähtöisyys sekä perheiden monimuotoisuus. (STM 2016a.) Muutosohjelma vastaa selkeästi tässäkin tutkimuksessa esiin nousseisiin ongelmiin, kuten palveluiden pirstaleisuus ja eri sektoreihin sijoittuminen, jolloin asiakaslähtöisyys jää sektoreiden välisen kädenväännön jalkoihin.

Tämä tutkimus nosti minulle halun kehittää edelleen lasten asemaa moniammatillisen työskentelyn keskiössä, ja myös lastensuojeluprosessin eri vaiheissa. Tutkimus ja omat kokemukseni osoittavat, että lastensuojelu ja moniammatillinen työskentely on vielä hyvin aikuislähtöisiä. Lapsen aseman kehittämistyötä edesauttaisi lasten aktiivinen

kuuleminen, sen tutkiminen, millä tavalla he toivovat tulevansa kohdelluksi. Milloin lapsi on saanut kokemuksia, että hän ei ole vain juridisesti osallisena prosessissa, vaan hänet myös kohdataan ja häntä kuunnellaan aidosti. Kunpa nämä erityiset lapset tulisivat näkyviksi myös positiivisella tavalla meidän kaikkien silmissä.

Kirjallisuus

Alanen, Leena 2009. Johdatus lapsuudentutkimukseen. Teoksessa Alanen, Leena & Karila, Kirsti (toim.). Lapsuus, lapsuuden instituutiot ja lasten toiminta. Tampere: Vastapaino. 9–30.

Allardt, Erik 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo:WSOY.

Abbott, Andrew 1988. The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago: University of Chicago Press.

Ahlgren-Leinvuo Hanna 2016. Suomen kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2015. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7 / 2016.<http://www.kuusikkokunnat.fi/?id=CE9D03AC-EACC4A78904A036B60905F47>. Viitattu 2.1.2017.

Alasuutari, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus. 2.0. Tampere: Vastapaino.

Axford, Nick 2008. Exploring concepts of child well-being. Implications for children's services. Bristol: Policy Press.

Barnes, Vivienne 2007. Young People's Views of Children's Rights and Advocacy Services: A Case for "Caring" Advocacy? Child Abuse Review Vol 16. 140–152.

Bardy, Marjatta 2014. Lapsuus, aikuisuus ja yhteiskunta. Teoksessa Bardy, Marjatta (toim.). Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 49–78.

Beck, Wolfgang & van der Maesen Laurent & Walker Alan 1997. Social Quality: from Issue to Concept. Teoksessa Beck, Wolfgang & van der Maesen Laurent & Alan Walker (toim.): The Social Quality of Europe. The Hague: Kluwer Law International. 263–296.

Bell, Margaret 2002. Promoting children's rights through the use of relationships. Child and Family Social Work. 7(1). 1–11.

Bowlby, John 1957, suom. Laura Jokinen. Lasten hoivan ja hellyyden tarve. Porvoo: WSOY.

Bowlby, John 1969. Attachment and Loss. Vol: 1 Attachment. London: Pimlico

Bronfenbrenner, Urie 1979. The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design. Cambridge MA: Harvard University Press.

Carrà, Elisabetta 2014. Residential care: an effective response to out-of-home children and young people? Child and Family SocialWork 19 (2014). 253–262.

Couch, Carl J. 1986. Elementary forms of social activity. Teoksessa Stanley Saxton & Michale Katovick (toim.). Studies in the symbolic interaction research annual: The Iowa's school, Supplement 2 Part 2A. JAI Press, Greenwich Connecticut.

Edwards, Anne 2010. Being an Expert Professional Practitioner. The Relational Turn in Expertice. Dordrecht: Springer.

Ein-Dor, Tsachi & Hirschberger, Gilad 2016. Rethinking Attachment Theory: From a Theory of Relationships to a Theory of Individual and Group Survival. Current Directions in Psychological Science Vol. 25(4). 223–227.

Ellonen, Noora ja Korkiamäki, Riikka 2006. Sosiaalinen pääoma lasten ja nuorten hyvinvoinnin resurssina. Sosiaalinen pääoma -käsitteen käyttö kansainvälisessä lapsuus- ja nuoruustutkimuksessa. Teoksessa Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen Maritta. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja 1799-439X; 4. Jyväskylä: PS-Kustannus. 221–250.

Epstein, Richard A. & Schlueter, David & Gracey, Kathy A. & Chandrasekhar, Rameela & Cull, Michael J.(2015) Examining Placement Disruption in Child Welfare. Residential Treatment for Children & Youth 32:3. 224–232.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, Jari ja Suoranta, Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskonen, Inkeri & Korpinen, Johanna & Raitakari Suvi 2006. Vallan määrittämät lapsi- ja asiantuntijapuhujat: faktaa, selontekoja ja kokemuksia. Teoksessa Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen Maritta. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja 1799-439X; 4. Jyväskylä: PS-kustannus. 21–44.

ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: STM. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>. Viitattu 10.9.2015.

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveystalan eettinen perusta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: STM. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf. Viitattu 10.8.2015.

ETENE 2013. Lapsuuden ja nuoruuden etiikka sosiaali- ja terveystalalla. ETENE-julkaisuja 41. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: STM. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=638150&name=DLFE-6303.pdf. Viitattu 10.8.2015.

Fattore, Toby & Mason, Jan & Watson Elizabeth 2009. When Children are Asked About Their Well-being: Towards a Framework for Guiding Policy. Child Indicators Research 2. 57–77.

Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen, Maritta 2006. Kohti lapsisensitiivistä sosiaalityötä. Teoksessa Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen Maritta. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-kustannus. 5–18.

Forssén, Katja & Laine, Kaarina & Tähtinen, Juhani 2002. Hyvinvoinnin tekijät ja uhat lapsuudessa. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.). Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: Kopijyvä Oy. 81–104.

Granfelt, Riitta. Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies Aila-Leena & Pohjola Anneli. Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 175–227.

Granfelt, Riitta 1998. Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Hakovirta, Mia & Rantalaiho, Minna 2012. Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 124. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Hautamäki, Ari 2001. Kiintymyssuhdeteoria –teoria yksilön kiin(nit)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa Sinkkonen, Jari & Kalland, Mirja 2001 (toim.). Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY. 13–66.

Heino, Tarja & Johnson Marianne 2010. Huostassa olleet lapset nuorina aikuisina. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.). Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 266–293. .

Heino, Tarja & Hyry, Sylvia & Ikäheimo, Salla & Kuronen, Mikko & Rajala, Rika 2016. Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset: HuosTahankkeen (2014–2015) päätulokset. Raportti 3 / 2016. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Heinonen, Jari 2014. Rakenteellinen sosiaalityö muutoksessa ja muuttujana. Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.). Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014. Tampere: Unipress. 37–63.

Heinonen, Hanna 2011. Sadoissa verkoissa sukkulointia –kumppanuudet sijaishuollossa. Lastensuojelun keskusliitto.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hotari, Kaisa-Elina & Oranen, Mikko & Pösö, Tarja 2014 Lapset lastensuojelun osallisina. Teoksessa Bardy, Marjatta (toim.). Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 149–164.

Hukkanen, Raija & Sourander, Andre & Bergroth, Lasse & Piha, Jorma 1999. Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8 (1999). 268–275.

Hurtig, Johanna 2003. Lasta suojelemassa. Etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. *Acta Universitatis Lapponiensis* 60. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Hurtig, Johanna 2006. Lasten tieto sosiaalityön haasteena. Teoksessa Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen Maritta. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-kustannus. 167–193.

Hytinkoski, Mirka-Mari & Järvinen, Sari & Rantanen, Ringa 2012 ”Riittäisi, kun tulisi tunne siitä, että välitetään” –Nuorten kokemuksia saamistaan lastensuojelun ja psykiatrian palveluista. Teoksessa Timonen-Kallio, Eeva & Pelander, Tiina (toim.). Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 69. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 85–98.

Hämäläinen, Juha 2011. Perheintervention oikeutus lastensuojelussa. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.). Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus. 47–66.

Isoherranen, Kaarina 2006. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: SanomaPro.

Janhunen, Tarja 2007. Sijoitusten purkautuminen pitkäaikaisessa perhehoidossa. Jyväskylä: Perhehoitoliitto.

Jansson, Tove 1962. Näkymätön lapsi ja muita kertomuksia. Helsinki: WSOY.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja 1995. Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma. Sosiaaliturvan kirjallisuus. Sarja sosiaalityö 2. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 9–31.

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

Kaivosoja, Matti & Tolvanen, Matti 2016. Yleistä psykiatriseen hoitoon liittyvästä lapsia ja nuoria koskevasta lainsäädännössä. Teoksessa Kumpulainen, Kirsti & Aronen, Eeva & Ebeling, Hanna & Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Puura, Kaija & Suorander, Andre (toim.). Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 778–780.

Kalland, Mirjam 2011. Varhaislapsuuden tunnesuhteet ja sijoitettu lapsi. Teoksessa Sinkkonen Jari & Kalland Mirjam (toim.). Varhaislapsuuden tunnesuhteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOYpro. 207–216.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Lindberg, Nina & Sailas, Eila 2011. Nuoren väkivaltakäyttäytymisen riskin arvioiminen. Suomen Lääkärilehti 8:643–650.

Kaplan, Sandra J. & Skolnik, Louise & Turnbull, Ayme 2009. Enhancing the Empowerment of Youth in Foster Care: Supportive Services. Child Welfare 88(1):133–161.

Kataja, Kati 2012. Lapsuuden rajoilla. Normaalin ja poikkeavan määrittäminen huostaanottoasiakirjoissa. Raportteja 1235-91141; 78. Turku: Koulutussosiologian tutkimuskeskus.

KELA. Tilastoraportit. http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet. Viitattu 19.10.2016.

Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna 2014. Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.). Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014. Tampere: Unipress. 162–192.

Klaeboe Greger, Hanne & Myhre, Arne Kristian & Lydersen, Stian & Jozefiak, Thomas 2015. Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. Child Abuse & Neglect 45 (2015). 122–134.

Kokko, Anna-Maija & Turunen Merja-Maaria 1994. Matkalla yhdessä tekemiseen. NUPRO - Nuorten integroitu hoitomalli. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 149. Helsinki:Stakes.

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

Kouluterveyskysely. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>. Viitattu 24.10.2016.

Kouvonen, Petra 2011. Lasten osallistuminen ammatillisten perhekotien sääntelykäytäntönä. Teoksessa Satka, Mirja & Alanen, Leena, & Harrikari, Timo & Pekkarinen, Elina (toim.). Lapset, nuoret ja muuttuva hallinta. Tampere: Vastapaino. 205–241.

Kouvonen, Petra 2012. Participatory Policies and Social Rights in Out-Of-Home Placement Services. Negotiated Agencies of Vulnerable Children. Helsinki: Department of Social Research, University of Helsinki.

Kvarnström, Susanne 2011. Collaboration in Health and Social Care. Service Users Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems. Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping University.

Köhler, Maria & Emmelin, Maria & Hjern, Anders & Rosvall, Martin 2015. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. Acta Paediatrica. 104 (5). 508–513.

Lahti, Mari & Ellilä, Heikki 2013. Collaboration among Child Protection and Mental Health Care Staff. www.resme.eu. Viitattu 7.6.2016.

Laitinen, Merja & Väyrynen Sanna 2011. Eettiset haasteet lastensuojelun sosiaalityön prosessissa. Teoksessa Teoksessa Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä: PS-kustannus. 163–187.

Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL).

Lapsiasianvaltuutettu 2014. Eriarvoistuva lapsuus. Lasten hyvinvointi kansallisten indikaattoreiden valossa. Lapsiasianvaltuutetun vuosikirja 2014. Lapsiasianvaltuutetun toimiston julkaisuja 2014:3. <http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2014/12/Vuosikirja-2014.pdf>. Viitattu 8.6.2016.

Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimus. LATE. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/lasten-ja-nuorten-terveysseurantatutkimus-late>. Viitattu 24.10.2016.

Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.) 2008. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Laukkanen, Matti & Hakko, Helinä & Räsänen, Pirkko & Riala Kaisa 2013. Does the use of Health Care and Special School Services, Prior to Admission for Psychiatric Inpatient Treatment, Differ Between Adolescents Housed by Child Welfare Services and Those Living with Their Biological Parent(s)? Community Mental Health J. 49: 528–539.

LeFrancois, Brenda & Ccoppock, Vicki 2014. Psychiatrised Children and their Rights: Starting the Conversation. Children & Society 28 (2014). 165–171.

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

- Mahkonen, Sami 2010. Lastensuojelu ja laki. 3. uudistettu laitos. Helsinki: Edita.
- Mannila, Simo & Vesikangas, Sanna 2009. Social Problems and Policies in Central and Eastern European Countries. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja 42/2009. Helsinki: University Print.
- Marttunen, Mauri & Kataja, Helena & Henttonen, Antti & Hokkanen, Tiina & Tuominen, Tiina & Ebeling Hanna 2004. Hyötyykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta? *Duodecim* 120:43–49.
- Maslow, Abraham H. 1970. *Motivation and personality*. Second edition. New York: Harper & Row.
- Merritt, Darcey H. & Franke, Todd M. 2010. Should I stay or Should I Go? Children's placement Preferences Longitudinally. *Journal of Social Service Research* 36(1):46–67.
- Metteri, Anna & Hotari, Kaisa-Elina 2011. Eettinen kuormittuminen ja toimintaympäristö nuorten palveluissa. Teoksessa *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä: PS-kustannus. 67–92.
- Moilanen, Irma; Räsänen, Eila & Tamminen, Tuula & Almqvist, Fredrik & Piha, Jorma & Kumpulainen, Kirsti (toim.) 2004. *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Morgan, David L. 1997. *Focus Groups as Qualitative Research*. Qualitative research methods series 16. London: SAGE Publications.
- Munford, Robyn & Sanders, Jackie 2015. Components of Effective Social Work Practice in Mental Health for Young People who are Users of Multiple Services. *Social Work in Mental Health*. 13 (5). 415–438.
- Muukkonen, Tiina 2014. Lapsen kohtaamis- ja prosessiosallisuus. Teoksessa *Bardy, Marjatta (toim.). Lastensuojelun ytimissä*. Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos. 165–175.
- Määttä, Mirja 2004a. Moniammatillisen ryhmät ehkäisevän päihdetyön toteuttajina Helsingissä. Teoksessa *Määttä, Mirja 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä*. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitos.
- Määttä, Mirja 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitos. Kopiojyvä, Kuopio.
- Möller, Sointu 2006. Lapsi haastaa lastensuojelun. Teoksessa *Tapola-Haapala, Maria & Pekkarinen, Elina & Hoikkala, Susanna (toim.). Tutkiva sosiaalityö. Sosiaalityön muuttuva tiedontuotanto*. Helsinki: Sosiaalityön tutkimuksen seura. 18–21.
- Mönkkönen, Kaarina 1996. Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa *Metteri, Anna (toim.). Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Helsinki: Edita. 51–66.
- Mönkkönen, Kaarina 1999. Ei riitä, että pasianssi menee läpi. Dialogisuus ja vuorovaikutuksesta syrjäytyminen nuorten kanssa tehtävässä työssä. Teoksessa *Eskola, Jari (toim.). Hegelistä Harréen, narratiivista nudistiin*. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 10. Kuopio: Kuopion yliopisto. 105–137.

Mönkkönen, Kaarina 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Niemelä, Pauli 2011. Sosiaalityö hyvinvointietiiikan toteuttajana. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.). Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus. 13–43.

Paakkonen, Tarja 2012. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Joensuu: Itä-Suomen Yliopisto.

Patton, Michael Quinn 2002. Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Persi, Joe & Sisson Megan 2008. Children in Foster Care: Before, During, and After Psychiatric Hospitalization. *Child Welfare* 87(4): 79–99.

Piha, Jorma & Ehrling, Leena 2016. Verkostoituvat hoitomuodot. Teoksessa Kumpulainen, Kirsti & Aronen, Eeva & Ebeling, Hanna & Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Puura, Kaija & Suorander, Andre (toim.). Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. 620–624.

Pincus, Allen & Minahan, Anne 1973. *Social Work Practise: Model and Method*. Itasca, Illinois: Peacock.

Pugh, Dame Gillian 2010. Foreward. Teoksessa McAuley, Colette & Rose, Wendy: *Child Well-Being. Understanding Children's Lives*. Great Britain: MPS Books Group. 11–15.

Punamäki, Raija-Leena 2001. Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen välinen yhteys. Teoksessa Sinkkonen, Jari & Kalland, Mirja 2001 (toim.). *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY. 174–197.

Puroila, Anna-Maija & Estola, Eila & Syrjälä 2012. Having, loving, and being: children's narrated well-being in Finnish day care centres, *Early Child Development and Care*, 182:3-4. 345–362.

Pylkkänen, Kari & Marttunen, Mauri 2010. Sijaishuoltoon nuorten psykiatrisen hoidon tarvetta ei kohdata ajoissa. *Lääkärilehti* 49/2010.

Pärnä, Katariina 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 341. Turku: Turun yliopisto.

Pölkki, Pirjo & Vornanen, Riitta & Pursiainen, Merja & Riikonen, Marjo. Children's Participation in Child Protection Processes as Experienced by Foster Children and Social Workers. *Child Care in Practice*. Vol. 18, No. 2. 107–125.

Pösö, Tarja 2012. Lapsen etu, oikeudet ja näkökulma moraalisisina kannanottoina. Teoksessa Frosberg, Hannele ja Autonen-Vaaraniemi, Leena (toim.) 2012. *Kiistanalainen perhe, moraalinen järkeily & sosiaalityö*. Tampere: Vastapaino.

Resme. <http://www.resme.eu/>. Viitattu 10.9.2015.

Riihinen, Olavi 2002. Kyvyt, hyvinvointiteoria ja yhteiskunnalliset jaot. Teoksessa Piitainen, Timo & Saari, Juho (toim.). *Yhteiskunnalliset jaot – 1990 -luvun perintö?* Helsinki: Gaudeamus, 179–203.

Ristseppä, Heidi & Vuoristo, Niina 2012. ”Pelataanko mustaa pekkaa?” Lainsäädännön ja palvelutuotannon vuoropuhelua psykiatrian ja lastensuojelun rajapinnoilla. Teoksessa Timonen-Kallio, Eeva & Pelander, Tiina (toim.) 2012. Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Oppimateriaaleja 69. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Rostila, Ilmari 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti 2011. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

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

Saari, Juho 2011. Hyvinvoinnin kentät. Teoksessa Saari, Juho (toim.). Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus. 33–78.

Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sen, Amartya 1993. Capability and Well-Being. Teoksessa Nubbbaum, Martha C. ja Sen, Amartya (toim.). The Quality of life. Oxford: Clarendon. 30–54.

Sinkkonen, Jari & Kalland, Mirja 2001 (toim.). Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, Jari 2001. Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteys psykopatologiaan. Teoksessa Sinkkonen, Jari & Kalland, Mirja 2001 (toim.). Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY. 146–173.

Sinko, Päivi & Pitkänen, Miia & Hoikkala, Susanna & Pollari Kirsi & Martiskainen, Taina 2016. Rajapinnoilla. Lapsen erityistarpeiden huomioiminen sijaishuoltopaikan valinnassa. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Sladovic Franz, Blanka 2004. Predictors of behavioural and emotional problems of children placed in children’s homes in Croatia. Child and Family Social Work 2004:9. 265–271.

Smith, Mark & Carroll, Denise 2015. Residential child care and mental health practitioners working together. Scottish Journal of Residential Child Care. December 2015, Vol 14, No.3.

Stiglitz, Joseph & Sen, Amartya & Fitoussi, Jan-Paul 2009. CMEPSP. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf. Viitattu 3.1.2013.

STM 2013a. Toimiva lastensuojelu. Selvitysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2013:19. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1858918#fi>. Viitattu 14.8.2013.

STM 2013b. Lastensuojelun laatusuositus. Työryhmän esitys. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2013:20. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26810.pdf. Viitattu 14.8.2013.

STM 2016a. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:19. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74904/Rap_ ja_muist_29_2016.pdf?sequence=1. Viitattu 8.6.2016.

STM 2016b. STM Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016, diaesitys. <http://stm.fi/lapsi-ja-perhepalvelut/kuvaus>. Viitattu 21.8.2016.

Talentia 2013. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta. http://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2013_net.pdf. Viitattu 10.9.2015.

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

THL 2015a. Lastensuojelu 2014. Tilastoraportti 25 / 2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129537/Tr25_15.pdf?sequence=4. Viitattu 26.4.2016.

THL 2015b. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013. Tilastoraportti 2 / 2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8. Viitattu 26.4.2016.

THL 2016a. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014. Tilastoraportti. 7 / 2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16_FI.pdf?sequence=1. Viitattu 17.6.2016.

THL 2016b. Lastensuojelu 2015. Tilastoraportti 20 / 2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131625/Tr20_16.pdf?sequence=1. Viitattu 2.1.2017.

Thomas, Nigel 2002. Children, Family and the State. Decision-Making and Child Participation. Bristol: The Policy Press.

Timimi, Sami 2010. The McDonaldisation of Childhood: Children's Mental Health in Neo-liberal Market Cultures. *Transcultural Psychiatry* 47 (5), 686–706.

Timonen-Kallio, Eeva & Pelander, Tiina (toim.) 2012. Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 69. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Tolonen, Tarja 2014. Vanhemmuuden puute ja nuorten sosiaalinen pääoma. Teoksessa Bardy, Marjatta (toim.). Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 176–194.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turun kaupunki. Nuorten psykiatrian poliklinikka. <http://www.turku.fi/public/?contentid=1863>. Viitattu 29.9.2014.

Tuukkanen, Terhi (toim.) 2016. Lapsibarometri 2016. Luottamus 6-vuotiaiden lasten kokemana. Lapsiasiavaltuutetun julkaisuja 2016:2. http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2016/11/LA_lapsibarometri_2016.pdf. Viitattu 18.11.2016.

Ungar, Michael 2001. The Social Construction of Resilience Among “Problem” Youth in Out-of-Home Placement: A Study of Health-Enhancing Deviance. *Child & Youth Care Forum*, 30(3), 137–154.

Ungar, Michael & Liebenberg, Linda & Ikeda, Janice 2014. Young People with Complex Needs: Designing Coordinated Interventions to Promote Resilience across Child Welfare, Juvenile Corrections, Mental Health and Education Services. *British Journal of Social Work* 44, 675–693.

UNICEF 2007. Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries. Innocenti Report Card 7. Florence:UNICEF.

Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.) 2014. *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki:Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos.

Vario, Pipsa & Barkman, Johanna & Kiili, Johanna & Nikkanen, Marko & Oranen Mikko & Tervo, Jaana 2012. ”Suojele unelmia, vaali toivoa”. Nuorten suositukset lastensuojelun ja sijaishuollon laadun kehittämiseksi. *Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 6 / 2012*. Helsinki: Lapsiasiavaltuutetun toimisto.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Lastensuojelu. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6 / 2012. https://www.vtv.fi/files/3161/06_2012_lastensuojelu_netti.pdf. Viitattu 11.10.2016.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tulosalueen toimipaikat. <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/default.aspx>. Viitattu 29.9.2014.

Wigley, Veronica & Preston-Shoot, Michael & Mc Murray, Isabella & Connolly, Helen 2011. Researching Young people’s outcomes in children’s services: Findings from a longitudinal study. *Journal of Social Work* 12(6):573–594.

www.resme.eu. Viitattu 6.6.2016.

www.socca.fi. Kokemuksia, elämyksiä ja oivalluksia moniammatillisuudesta – sosiaalityön ja lääketieteen tulevat sote-ammattilaiset yhteisellä opintojaksolla. Viitattu 6.6.2016.

www.stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus. Viitattu 28.10.2016.

www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/Sivut/yhdessa-enemman.aspx. Viitattu 12.6.2016.

Hallituksen esitykset:

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

HE 330/2010. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi lastensuojelulain 50 §:n, perhehoitajalain ja omaishoidon tuesta annetun lain muuttamiseksi.

Lait ja sopimukset:

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 20.3.2015/254.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lasten oikeuksien sopimus (LOS) 20.11.1989.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Sosiaalihuoltolaki 31.12.2014/1301.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.