

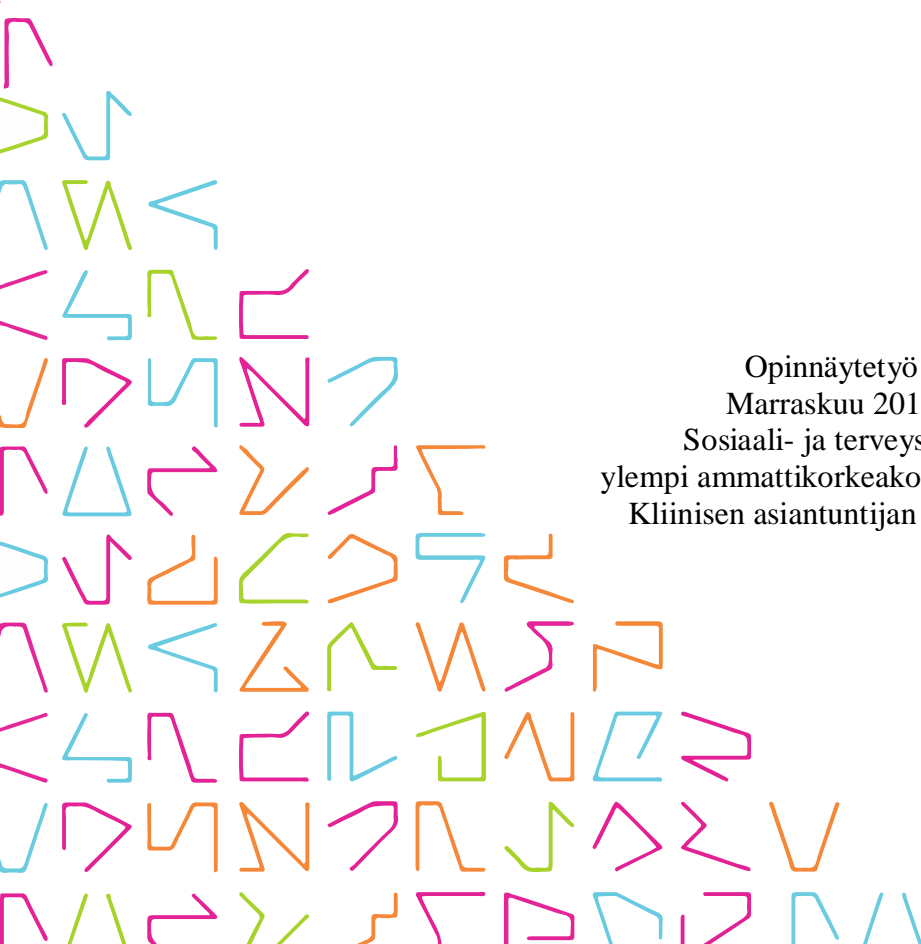


TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

NUORISOPSYKIATRISEEN OSASTOHOITOON OHJAUTUNEET LASTENSUOJELUN ASIAK- KAAT

Kati Lauhakangas

Opinnäytetyö
Marraskuu 2016
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija YAMK

LAUHAKANGAS, KATI

Nuorisopsykiatriseen osastohoitoon ohjautuneet lastensuojelun asiakkaat

Opinnäytetyö 52 sivua

Marraskuu 2016

Nuorisopsykiatriseen osastohoitoon ohjautuu paljon lastensuojelun sijaishuollossa olevia nuoria. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli verrata osastohoidossa olevia sijoitettuja nuoria ei-sijoitettuihin nuoriin ja tuottaa lisätietoa tästä potilasryhmästä. Tutkimus oli osa Nuorisopsykiatrisen osastohoidon kehittämis- ja tutkimushanketta Kellokosken sairaalassa (Kellokoski Adolescent Inpatient Follow-Up Study, KAIFUS). Nuorten tietoja tarkasteltiin kuormittavien elämäntapahtumien, psyykkisen oireilun, päihteiden käytön ja tupakoinnin sekä hoitoontulojän osalta.

Aineisto kerättiin vuosina 2006–2010 eteläisessä Suomessa Hyvinkään sairaanhoitoalueen neljältä nuorisopsykiatriselta osastolta. Aineisto sisälsi tiedot 206:sta nuorisopsykiatrisesta osastopotilaasta, jotka soveltuivat ja antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen. Aineisto kerättiin haastatteluin ja kyselylomakkein, jotka tallennettiin SPSS 20.0- ohjelmaan. Tiedot kuormittavista elämäntapahtumista, psyykkisestä oireilusta, päihteiden käytöstä ja tupakoinnista analysoitiin ristiintaulukoimalla nuoren sijoitus tai sijoittamattomuus statustiedon kanssa.

Tutkimus osoitti sijoitetuilla nuorilla olevan enemmän kuormittavia elämäntapahtumia. Vanhempien välinen väkivalta, avioero, päihteiden käyttö ja psykiatrisen sairastavuus oli sijoitetuilla nuorilla yleisempää. Sijoitetuilla nuorilla oli enemmän tarkkaavuuden häiriötä, mutta vähemmän masennustiloja kuin ei-sijoitetuilla. Tutkimus vahvisti aikaisempaa tutkimusnäyttöä sijoitettujen nuorten käytöshäiriöoireilusta. Sijoitetuilla nuorilla alkoholin käyttö oli runsaampaa. Tupakointi ja huumeiden käyttö oli yleisempää verrattuna ei-sijoitettuihin nuoriin. He myös tulivat psykiatriseen hoitoon nuorempina kuin ei-sijoitetut nuoret.

Sijoituspaikan tulee vastata nuoren tarpeisiin ja valinta tulee tehdä harkiten. Nuoren psykiatrisen hoidon tarve tulee huomioida, hoidon ollessa mieluiten nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Sijoitetuilla nuorilla kuormittavat elämäntapahtumat vaikuttavat nuoren oireiluun ja päihteiden käyttöön. Sijoitettujen nuorten hoito vaatii vielä lisätutkimusta, erityisesti päihteiden käytön ja tupakoinnin osalta.

Asiasanat: sijaishuolto, nuorisopsykiatria, elämäntapahtumat, mielenterveyshäiriöt, päihdeongelmat

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Clinical Nursing Expertise

LAUHAKANGAS, KATI:
Foster Care Adolescents in a Psychiatric Hospital

Master's thesis 52 pages

November 2016

Psychiatric wards have numerous foster care adolescent admissions. The purpose was to compare psychiatric inpatient adolescents in foster care to inpatient adolescents who are not in foster care. The aim was to provide information on inpatient adolescents in foster care and their clinical features. This study is part of youth psychiatry research and development project in Kellokoski Hospital (The Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study, KAIFUS).

The data were collected in 2006-2010 in Southern part of Finland, in Hyvinkää health care district from four inpatient wards. The sample consisted of 206 inpatient adolescents. The data were collected through interviews and questionnaires and were recorded in SPSS20.0-program. The data were analyzed with using cross table between status variable foster care adolescent and no foster care adolescent.

Adolescents in foster care have more traumas than those who are not in foster care. They have witnessed intimate partner violence, parents have divorced, psychiatric treatment or substance abuse more often than no foster care adolescent. They have more disturbance in attention, but less depression. This study confirmed the earlier research on conduct disorders of adolescents committed to care. Adolescents in foster care have more injurious alcohol use and using drugs and smoking were more general. They receive psychiatric treatment earlier.

Foster care should attend to adolescents' needs and substitute care should be chosen carefully. Foster care adolescents' needs for psychiatric support must be observed and preferably treated in outpatient care. Foster care adolescents' adverse experiences have an influence on symptoms and substance abuse. Foster care adolescents' treatment needs more research, especially with their substance abuse and smoking.

Key words: foster home care, adolescent psychiatry, life change events, mental disorders, substance-related disorders

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	2.1. Nuorten mielenterveyden häiriöt ja hoidon tarve	7
	2.2. Lastensuojelun asiakas nuorisopsykiatrisessa hoidossa	7
	2.2.1 Lastensuojelun asiakkuus	8
	2.2.2 Sijoitus kodin ulkopuolelle	10
	2.2.3 Psykkinen oireilu, kuormittavat elämäntilanteet ja päihteiden käyttö sekä tupakointi.....	11
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	18
	3.1. Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatria.....	18
	3.2. KAIFUS- hanke	18
4	TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE.....	19
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	20
	5.1. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	20
	5.2. Aineiston keruu.....	20
	5.2.1 Aineiston kuvaus	20
	5.2.2 Aineiston keruussa käytetyt mittarit	23
	5.3. Analyysi.....	26
6	TULOKSET	28
	6.1. Nuorten kuormittavat elämäntapahtumat sijoitetuilla ja ei – sijoitetuilla nuorilla.....	28
	6.2. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten psykkiniset oireet	30
	6.3. Nuorten päihteiden käyttö ja tupakointi	31
	6.4. Nuorten hoitoontuloikä.....	33
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	35
	7.1. Tulosten tarkastelu	35
	7.1.1 Nuorten kuormittavat elämäntapahtumat.....	35
	7.1.2 Psykkiniset oireet.....	37
	7.1.3 Päihteiden käyttö ja tupakointi	40
	7.1.4 Hoitoontuloikä.....	41
	7.2. Eettisyys ja luotettavuus	43
	7.3. Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset	45
	LÄHTEET.....	47

1 JOHDANTO

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä alkoi nousta 90-luvulla ja on edelleen kasvanut 2000-luvun aikana (Kuoppala & Säkkinen 2014, 3). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan sijoitettujen lasten ja nuorten määrä oli vuonna 2014 vajaa 18 000, hieman vähemmän kuin edellisenä vuonna. 16–17-vuotiaita nuoria on sijaishuollossa 3.1 %, mikä on huomattavasti isompi määrä kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Lastensuojelun avohuollon asiakkaina on reilu 90 000 lasta ja nuorta ja uusi lastensuojeluilmoitus tehtiin vuoden 2014 aikana yli 63 000 lapsesta, keskimäärin 1,7 ilmoitusta/lapsi. Kiireellisiä sijoituksia tehtiin 3773 ja kaikista lapsista on ollut huostassa 9.9 % jossakin vaiheessa vuoden 2014 aikana. (Kuoppala & Säkkinen 2015, 1-6, 9.)

Nuorisopsykiatriseen osastohoitoon ohjautuu paljon lastensuojelun asiakkaita. Voidaan puhua psykiatrisen hoidon ja lastensuojelun yhteisasiakkaista. Tiedon kerääminen ja hoidon kehittäminen tälle potilasryhmälle on tärkeää, jotta voitaisiin pohtia oikeata hoitomuotoa - ja paikkaa, (Kiuru & Metteri, 2014, 155–157) sekä ennaltaehkäistä syrjäytymistä ja huono-osaisuuden jatkumista (Kestilä, Heino & Solantaus 2011). On todettu sijoitettuja nuoria tutkiessa, että hyvinvointiongelmat jatkuvat ylisukupolisesti ja ne ilmenevät monitahoisina (Kataja ym. 2014, 50–51).

McMillen ym. (2004, 811–817) mukaan kaikkiaan 94 % sijaishuollon nuorista käytti jotakin mielenterveyspalvelua. Lehto-Salon (2011) tutkimuksen mukaan yhdeksän kymmenestä koulukotiin sijoitetusta nuoresta kärsii mielenterveyden häiriöistä ja heistä osa tarvitsee nuorisopsykiatrista hoitoa. Sijoitetuilla nuorilla mielenterveyden häiriöistä yleisin oli käytöshäiriö. Sen ohella on päihdehäiriöitä, mielialahäiriöitä, oppimisvaikeuksia sekä neuropsykiatrisia erityisvaikeuksia. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua psykiatrista haastattelua ja käytöshäiriön, uhmakkuushäiriön ja tarkkaavaisuushäiriön osalta puolistrukturoitua haastattelua. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin vanhempien ja työntekijöiden arviointia sekä testejä matematiikan, lukemisen, visuaalisten ja kielellisten taitojen sekä toiminnanohjauksen kohdalla. (Lehto-Salo 2011, 34–38, 52–61).

Suomessa suunnitellaan parhaillaan laajoja uudistuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen sekä niiden tuotantoon että rahoitukseen ja hallintoon (ns. SOTE-reformi). Yhtenä osana muutosta ovat erilaisten erityisosaamiskeskusten perustamiset.

Suunnitelmana on integroida vaativan erityistason lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut, lastensuojelun erityisosaaminen sekä lasten ja nuorten oikeuspsykiatri- nen asiantuntemus erityisosaamiskeskuksiin. Suunnitelma on osa Lapsi – ja perhepalve- luiden muutoshanketta, joka on yksi hallituksen kärkihankkeista. (Sosiaali- ja terveys- ministeriö 2016, 17–18.)

Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevia nuo- ria ja verrata lastensuojelun asiakkaina olevien nuorten oireilun ja elämäntapahtumien eroja ei lastensuojelutaustaisiin nuoriin. Asiakkuudella tarkoitetaan sijoitettua tai huos- taan otettua nuorta. Tutkimus on osa nuorisopsykiatrisen osastohoidon kehittämis- ja tut- kimushanketta, KAIFUS- hanketta (the Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Fol- low-Up Study), jossa tutkitaan nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevia potilaita ja heidän vanhempiaan tarkoituksena tuottaa uutta tietoa nuorisopsykiatristen osastopotilai- den kliinisistä piirteistä ja heidän selviytymisestään osastohoidon jälkeen sekä kehittää hoidon palveluita. (Lindberg ym. 2011, 2.)

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Nuorten mielenterveyden häiriöt ja hoidon tarve

Nuoruusikä käynnistyy puberteetista ja ajoitetaan yleisesti ikävuosiin 13 – 22. Arviolta yksi nuori viidestä kärsii psykiatrisesta häiriöstä (Costello, Copeland & Angold 2011, 1015). Mielenterveyden häiriöt ovat nuoruusiässä noin kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa. Aikuisuudessa tavattavista mielenterveyden häiriöistä 75 % on todettavissa ennen aikuisikää. Noin 10 % nuorista on psykiatrisen hoidon tarpeessa. Suomessa noin 3 % 13–22-vuotiaista lähetetään psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja noin 0.4 ‰ – 0.6 ‰ ohjataan psykiatriseen sairaalahoitoon. (Pylkkänen 2013, 89–94.) 13–17-vuotiaista psykiatrisen hoidon piirissä on vuositasolla noin 6–7 % ja sairaalahoidossa noin 0,7 ‰ (Järvelin 2016, 13).

Hoitoa vaille jäänyt häiriö saattaa heijastua pitkälle tulevaisuuteen elämänlaatua heikentävänä. Varhainen hoito parantaa häiriön pitkäaikaisennustetta. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista ei saa kehittyneissäkään maissa tarvitsemaansa hoitoa. (Pylkkänen 2013, 13.)

2.2. Lastensuojelun asiakas nuorisopsykiatrisessa hoidossa

Moni nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa oleva nuori on myös lastensuojelun asiakas. Kiurun ja Metterin (2014, 151) tutkimuksessa havaittiin lastensuojelun asiakkuus yli puolella (52 %) nuorisopsykiatrisen asiakkaista. Kodin ulkopuolelle oli sijoitettu 11 % osastonuorista. Sijaishuollossa olevien nuorten määrää voi pitää suurena, kun kaikista 13–15 vuotiaista nuorista 1.3 % ja 16 vuotta täyttäneistä 2.5 % oli huostaan otettuna. Voidaan puhua yhteisasiakkaiden ryhmästä, joka saa tukea ja hoitoa sekä sijaishuollon kautta tarjoutuvaa lastensuojelua että nuorisopsykiatrista sairaalahoitoa. Koposen, Laukkasen, Tolmuseen ja Ovaskaisen (2010) tutkimuksen mukaan 17 % nuorten kriisiosaston potilaista oli tullut sijaishuoltopaikoista. Sijaishuoltopaikoista ohjautettiin muita nuoria useammin tarkkailulähetteellä osastohoitoon. Kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei todettu iän, sukupuolen, nuoren kokeman toivottomuuden tai masennuksen suhteen, kun nuoret jaettiin lähetetyyppien mukaan. Psykiatrisen näkökulmasta tilanne vaikuttaa siis ristiriitaiselta. (Koponen ym. 2010, 4076.)

Erityisen vaikeasti oireilevien alaikäisten hoitopaikkoja ovat lastensuojelun puolella koulukodit ja psykiatrisen hoidon puolella vaikeasti oireilevien nuorten osastot. Hoitopaikkojen vertailu ei ole helppoa, koska toimintaa ohjaavat eri lait; koulukotien puolella lastensuojelulaki ja psykiatrian puolella mielenterveyslaki. Eroa on myös käsitteistön sekä toiminnallisen ja ammatillisen viitekehyksen suhteen. Koulukotien hoidon lähtökohta on kasvatuksellinen, opetuksellinen ja suojelullinen, psykiatrisessa hoidossa taas hoidollinen. Koulukodeissa voidaan antaa mielenterveyspalveluja, mutta ei voida asettaa mielenterveysongelmista kärsivää nuorta tahdosta riippumattomaan hoitoon. Huostaan otetulle nuorelle voidaan kuitenkin järjestää erityinen huolenpito- jakso, esimerkiksi päihdekierteen, terveyttä, henkeä tai kehitystä uhkaavan käyttäytymisen takia. Erityisen huolenpidon kohteena olevan nuoren oleminen turvataan ja nuorelle voidaan tällöin asettaa liikkumisvapauden rajoitus ja muita rajoitustoimenpiteitä. Nuoria liikkuu psykiatrian ja koulukotien välillä, psykiatrisesta osastohoidosta nuori sijoittuu koulukoteihin ja sijoituksen aikana nuori saattaa päätyä psykiatriseen sairaalahoitoon. Tätä yhteistyötä pidetään keskeisenä kehittämisen haasteena. (Kekoni, Kitinoja & Pösö 2008, 14–15, 53.)

Kestilä ym. (2012, 606–607) tekivät rekisteripohjaisen seurantatutkimuksen 1987-vuonna syntyneistä kodin ulkopuolelle sijoitetuista nuorista (n=1900) ja heidän pärjäämisestään. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sijoitetuista miehistä 57.3 % ja naisista 61.7 % oli käynyt elämänsä aikana psykiatrisessa avohoidossa. 40 % nuorista oli käynyt ennen ensimmäistä sijoitusta ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä. Osastohoidot olivat myös yleisiä sijoitetuilla, melkein 40 % sijoitetuista oli ollut jossakin vaiheessa psykiatrisessa osastohoidossa. Osastohoito oli ollut melkein puolella ennen sijoitusta.

2.2.1 Lastensuojelun asiakkuus

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuus on tehdä lastensuojeluilmoitus lapsesta/nuoresta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää mahdollista lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana voidaan ja pitääkin tehdä lastensuojeluilmoitus, mikäli tarvetta ilmenee. (Lastensuojelulaki 417/2007.)

Lastensuojeluasiakkuus alkaa, kun sosiaalityöntekijä arvioi, että lapsen kasvuolosuhteet tai käyttäytyminen vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä ja lapsi tarvitsee lastensuojelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia. Asiakkuus alkaa myös silloin, kun kiireellisesti turvataan lapsen terveys ja kehitys tai kun lapselle tai perheelle annetaan palveluja tai tukea ennen palveluntarpeen arvion valmistumista. Asiakkuudesta on ilmoitettava välittömästi huoltajalle ja lapselle. (Lastensuojelulaki 417/2007.)

Kiurun ja Metterin (2014, 151–153) tutkimuksessa yli puolella (59 %) yhteisasiakkaista oli lastensuojelun asiakkuus jo hoidon alussa. Kaikista nuorista 21 %:lle ja yhteisasiakkaista 41 %:lle merkintä tehtiin hoidon tulovaiheen jälkeen. Potilaskertomuksiin kirjataan usein tietoja lastensuojelun asiakkuudesta. Tiedot ovat kuitenkin vaikeasti löydettävissä ja kirjaustavat vaihtelevat työryhmien välillä. Tulokset antavat ristiriitaista kuvaa siitä, kuinka merkittävä ilmiö yhteisasiakkaat ovat: vaikka noin joka toisen potilaan kohdalle tehdään lastensuojelun merkintä, lastensuojeluun liittyvät tekstit ovat vähäisiä potilastekstien kokonaisuudessa. Lastensuojelua koskeva tieto olisi hyvä olla olemassa, mutta silti tulokset näyttävät, että tieto ei integroidu käytännössä yhteisasiakkuutta korostavaksi näkemykseksi. Ollikaisen (2015, 2004–2007) Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin myös tiedon siirtymisen ongelmia erillisten ja suljettujen tietojärjestelmien takia.

Terveydenhuollosta yleisesti tehdään harvoin lastensuojeluilmoituksia, tosin mielenterveyspalveluiden puolella lastensuojelun tarve tunnistetaan useammin. Eniten lastensuojeluilmoituksia tekee poliisi ja seuraavaksi eniten koulujen henkilökunta. Merkittävän lastensuojeluongelman tunnistaminen on haastavaa. Kotoa pois sijoitettujen lasten lastensuojelutarve oli havaittu terveydenhuollossa puolella tapauksista ennen sijoitusta. Ikä vaikuttaa tietoisuuteen lastensuojeluongelmista. Imeväisikäisillä on kontakti neuvolaan lähes kuukausittain ja lapsilla on usein määräaikaistarkastuksia. Peruskoulun päättäneillä saattaa olla vain satunnaisesti tai ei ollenkaan yhteyttä terveydenhuoltoon. (Ollikainen 2015, 2004–2007.)

2.2.2 Sijoitus kodin ulkopuolelle

Nuori voidaan sijoittaa sijaishuoltopaikkaan avohuollon tukitoimin, kiireellisenä sijoituksena tai nuori voidaan huostaan ottaa. Avohuollon tukitoimin tapahtuva sijoitus on vapaaehtoinen eikä nuorta ole silloin huostaan otettu. Nuorelle ei voida silloin asettaa mitään rajoitustoimiakaan. Sijoitus voi jatkua enintään kolme kuukautta ja mikäli sijoituksen tarvetta vielä on, tilanne täytyy arvioida uudelleen. Kiireellinen sijoitus tehdään, mikäli lapsi on välittömässä vaarassa olosuhteiden tai oman käyttäytymisensä perusteella. Kiireellinen sijoitus on vakava puuttuminen perheen tilanteeseen ja onkin aina arvioitava, kumpi on haitallisempaa: vaaratilanteen jatkuminen vai ero perheestä. Huostaanotto on viimesijainen lastensuojelun keino. Silloin on todettu, että avohuollon tukitoimet eivät riitä ja lapsen katsotaan tarvitsevan sijaishuoltoa terveyttä ja kehitystä vaarantavan käytöksen, puutteellisten kasvuolosuhteiden tai huolenpidon takia. (Kaivosoja & Tolvanen, 2016, 786–787.)

Sijaishuoltopaikoista vastaa lapsen tai nuoren oma sosiaalityöntekijä. Kiireellisissä tilanteissa päätöksenteko on kunnan delegointiratkaisun mukaisen sosiaalityön viranhaltijan vastuulla. Sijoittamispäätöksen tekee sosiaalitoimen viranhaltija. Lapselle tai nuorelle valitaan parhaiten hänen tilanteeseensa sopiva sijaishuoltopaikka. Sijaishuoltopaikka voi olla perhehoito, ammatillinen perhekoti, lastensuojelulaitos tai muu lapsen tilanteeseen sopiva hoito. (Aalto ym. 2007.)

”Perhehoito on hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Ammatillinen perhehoito on perhehoitoa, jota annetaan yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 7 §:ssä tarkoitetun luvan perusteella ammatillisessa perhekodissa.” (Perhehoitolaki 263/2015.) Lastensuojelulaitokset tulevat kyseeseen silloin, kun perhehoito ei ole mahdollista, kuten lapsen vaikeahoitoisuuden takia. Usein laitoshoitoon sijoittaminen on tarkoituksenmukaisin murrosiässä olevalle lapselle. Lastensuojelulaitoksia ovat lastenkodit, nuorisokodit ja koulukodit. Koulukoteja on Suomessa kahdeksan, joista kuusi on valtion koulukoteja ja kaksi yksityisiä. Vaikeissa elämäntilanteissa turvaudutaan usein koulukodin apuun. (Aalto ym. 2007; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Vuoden 1987 ikäluokassa (Kansallinen syntymäkohortti 1987) syntyi 60 000 lasta, joista oli ollut sijoitettuna lähes 2000. Huostaan otetuilla nuorilla sijoitus oli pidempi ja sijoituksia oli ollut useampia kuin ei- huostaan otetuilla. Huostaan otetut olivat yleensä perhe- tai laitoshoidossa. Nuoret, joita ei ollut otettu huostaan, sijoitus oli yleensä ainutkertainen ja tapahtui laitoshoidossa. (Kataja ym. 2014, 47–49.)

Eniten sijoituksia on tehty imeväisikäisille ja yli 15 – vuotiaille. Yleisin syy alaikäisten sijoittamiseen kodin ulkopuolelle oli vanhempien alkoholi-ongelma. 60 % sijoituksen syistä johtui huoltajan alkoholi- tai mielenterveysongelmasta tai lapsen käyttäytymisen ongelmista. Yli 15- vuotiailla yleisin syy oli nuoren käyttäytymisen ongelmat. Lapsen kohdistuva väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö oli sijoituksen syynä melko harvoin. (Ollikainen 2015, 2004–2007.) Kitinojan (2005) tutkimuksessa koulukotiin sijoittamisen syynä olivat neljällä viidestä nuoreen itseensä liittyvä syy, kuten vaikeat kouluongelmat (90 %), käytösongelmat (83 %), päihteiden haitallinen käyttö (56 %), rikollisuus (49 %) ja ongelmat (esimerkiksi karkailu) sijaishuoltopaikassa (38 %) ja yhdellä viidestä pääosin perheeseen liittyvä syy. (Manninen 2013, 22.) Perheeseen liittyvinä ongelmina koulukotinuorilla on yleisimmin perheen hajoaminen (83 %), vanhempien päihteiden käyttö (71 %), perheväkivalta (59 %) ja isän antisosiaalisuus (63 %) (Lehto-Salo 2011, 41).

2.2.3 Psykkinen oireilu, kuormittavat elämäntilanteet ja päihteiden käyttö sekä tupakointi

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (Heino ym. 2016, 72–82) tarkasteltiin lasten ja nuorten sijoitusten syitä, taustoja, palveluita ja kustannuksia. Tutkimukseen osallistui 410 alaikäistä 368:sta perheestä ja puolet heistä oli teini-ikäisiä. Tutkimuksen mukaan psykkinen oireilu ja mielenterveyden ongelmia oli kahdella kolmesta ja paljon oireilua oli enemmän kuin joka kolmannella (37 %). Yli 13- vuotiaista paljon alkoholia käytti 25 % ja 34 % käytti vähän. Muiden päihteiden ja huumeiden käyttöä 23 prosentilla teini-ikäisistä arvioitiin olevan taustalla paljon ja joka neljännellä (26 %) sitä arvioitiin olevan vähän. Suuri osa (yli 60 %) lapsista ja nuorista, joilla on paljon päihdeongelmia, eivät ole saaneet hoitoa niihin. Muiden mielenterveysongelmien puolella tilanne on hie- man parempi, mutta niistäkin kärsivistä kolmasosa ei ole saanut minkäänlaista hoitoa

mielenterveyden ongelmaan. Alaikäisistä 85 % jäi ilman apua, jota lapsi olisi sosiaalityöntekijän arvion mukaan tarvinnut. 15 % tosin olisi kieltäytynytkin kaikesta avusta. Tutkimuksen mukaan päihdeongelmaisista vanhemmista 60 % ei ollut saanut tai vastaanottanut päihdepalveluita. Mielenterveysongelmaisten vanhempien tilanne on hieman parempi, mutta ei riittävän hyvä. Katajan ym. (2014, 45) tutkimuksen mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden vanhempien lapset käyttävät psykiatrisia palveluja yli kaksinkertaisesti.

Heneghan ym. (2012, 634) tutkivat Yhdysvaltojen lastensuojelulaitoksien nuoria (n=815) ja totesivat mielenterveysongelmien olevan yleisiä sijoitetuilla nuorilla. Heillä on 2.29 kertainen riski sairastua mielenterveyden häiriöön. 42.7 % raportoi itsellään olevan ainakin yhden mielenterveysongelman.

Seiler ym. (2016, 180–187) vertaili eteläamerikkalaisia sijaishuollon tyttöjä (n=27) verrokkiryhmään (n=27). Sijoituksen syinä oli useimmiten laiminlyönti (44 %), seksuaalinen hyväksikäyttö (29.6 %), vanhempien päihteiden käyttö (11.1 %), fyysinen ja psyykinen kaltoinkohtelu (11.1 %) ja yhdistelmä seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja kaltoinkohtelusta (4.2 %). Tutkimuksen mukaan sijaishuollossa olevilla tytöillä on enemmän keskittymisvaikeuksia, aggressiivista käytöstä ja rikollisuutta kuin saman ikäisillä verrokeilla. Sijoitetuilla oli kuormittavia elämäntapahtumia enemmän kaikilla mittareilla, mutta tilastollisesti eroja oli vain seksuaalisen hyväksikäytön suhteen, emotionaalisen ja fyysisen laiminlyönnin suhteen. Traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) diagnoosi oli 18.5 %:lla sijoitetuista, kun ei sijoitetuista sitä ei ollut kenelläkään. Sijoitetut raportoivat heillä myös olevan heikomman elämänlaadun.

McMillen ym. (2004, 811–817) tutki 17-vuotiaita sijaishuollon nuoria (n=406) ja heidän käyttämiään mielenterveyspalveluita. Tutkimustulosten mukaan 94 % oli käyttänyt jotakin mielenterveydenpalvelua. Elämänsä aikana 42 % oli ollut psykiatrisessa osastohoidossa, viimeisen vuoden aikana 15 %. Avohoidossa oli ollut 77 % nuorista ja viimeisen vuoden aikana 60 %. Psykiatrinen häiriö ilmeni 37 %:lla viimeisen vuoden aikana ja 61 % koko elämänsä aikana. Psykykenlääkitys oli 37 %:lla nuorista. Nuorista vain 25 % oli saanut apua ennen sijoitukseen päättymistä.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaat erosivat potilaskuvaltaan asiakkaista, jotka olivat vain nuorisopsykiatrisessa hoidossa. Lastensuojelun asiakkaina olevilla nuorilla oli enemmän muun muassa käytökseen, perheeseen, kouluun ja sosiaalisen ympäristöön liittyviä ongelmia. (Kiuru & Metteri 2014, 153–154.)

Persi ja Sisson (2008) tutkivat kanadalaisessa sairaalassa olevia nuoria ja vertailivat sijoitettuja nuoria niihin, joita ei ollut sijoitettu kodin ulkopuolelle. Tutkimusjoukko oli 616 lasta ja nuorta, joista 76 oli sijoitettu. Vertailuryhmän koko oli 540 lasta ja nuorta. Tutkimuksen mukaan lastensuojelun asiakkailta oli enemmän ulospäin suuntautuneita oireita ja diagnooseja, huonompi sosiaalinen kyvykyys, aiempia - ja uusiutuvia sairaalahoitoja sekä enemmän rajoitustoimia kuin muilla osaston potilailla. (Persi & Sisson 2008, 79,89.) Koposen ym. (2010, 4075–4076) tutkimuksessa sijaishuollon asiakkaille ei asetettu muita useammin vakavaa psykiatrista diagnoosia, kuten masennus, psykoottiset sairaudet ja syömishäiriöt. Beckin masennuskyselyn mukaan masennusta sijaishuollon nuorilla oli jopa vähemmän kuin muualta tulleilla. Sijaishuoltopaikoista tulleilla nuorilla oli useammin lapsuus- tai nuoruusiässä alkaneita käytös- ja tunnehäiriöitä. Päihteiden käytön suhteen nuoret eivät eronneet toisistaan. Syömishäiriötä ei ollut todettu tutkimuksen seuranta-aikana kenelläkään.

Manninen (2013, 67–77) on väitöskirjassaan tutkinut koulukotinuorten psykiatrista oirekuvaa ja ennustetta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että nuorilla oli sekä sisäänpäin kääntyneitä, että ulospäin suuntautuneita psykiatrisia oireita. Koulukotisijoitus oli tehty kuitenkin lähestulkoon ainoastaan käytösoireilun perusteella. Sukupuolten välillä oli eroja; pojilla oli lähes kaikkia oireita enemmän ja tytöillä oli käytösoireiden lisäksi enemmän masennusta, itsetuhoisuutta sekä ajattelun ongelmia ja sosiaalisia pulmia. Väkivaltaisuus oireiluna oli kasautunut pojille ja liittyi olennaisesti tarkkaavaisuuden ongelmiin. Koulukotinuorilla on myös ongelmia tunnistaa tunteita ja ilmaista niitä. Heillä on myös enemmän kognitiivisia puutoksia. Erityisen huolestuttava on koulukodista lähteneiden poikien ennuste rikollisuuden suhteen. Viiden vuoden seurannassa kolme neljästä sai merkinnän rikoshistoriaansa ja puolella rikokseen oli liittynyt väkivaltaa.

Pilowsky ja Wu (2006, 354–355) vertasivat amerikkalaisia sijaishuollon nuoria (n=464) verrokkiryhmään (n=18 966). Sijoitetuilla nuorilla todettiin enemmän psyykkistä sairastavuutta kuin muilla nuorilla. Sijoitetut nuoret raportoivat useampia oireita ja jokaisessa

oirekategoriassa. Sijoitetuilla oli sekä sisäänpäin, että ulospäin suuntautuvia oireita. Käyttäytymiseen liittyviä oireita oli kaksi kertaa enemmän kuin muilla nuorilla sekä useammin itsemurhayrityksiä- ja ajatuksia. Myös ahdistus- ja mielialaoireet olivat yleisempiä sijoitetuilla nuorilla.

Käytöshäiriöt tulisi ensisijaisesti hoitaa avohoidossa (Marttunen ym. 2004, 48), ellei käytöshäiriö ole niin vakava, että siihen liittyy itsemurhavaara tai hallitsematon väkivaltainen käytös tai se johtaa vakavaan häiriintymiseen nuoruusiän kehityksessä tai jos käytöshäiriöön liittyy muu psykiatrinen diagnoosi (Kaltiala-Heino 2003, 18). Kaikki nuorten väkivalta- tai aggressiokäyttäytyminen ei kuitenkaan kuulu erikoissairaanhoidon, vaan siihen voidaan puuttua koulussa, lastensuojelussa tai rikosseuraamislaitoksessa. Nuorisopsykiatrinen konsultaatio auttaa selvittämään, tarvitseeko nuori erikoissairaanhoidoa ja kuinka kiireellisesti. (Kaltiala-Heino, Kaukonen & Borg 2016, 454–455.) Käytöshäiriöön tytöillä liittyy poikia useammin muita mielenterveyden häiriöitä. Pojilla käytöshäiriöön liittyy usein lukivaikeus. Nuorisopsykiatrisilla osastoilla on tyttöjä enemmän kuin poikia. On viitteitä siitä, että tytöt, joilla on käytöshäiriö, mutta jotka oireilevat lievemmin, hoidetaan nuorisopsykiatrisilla osastoilla ja vakavammin käytöshäiriöllä oireilevat ohjataan koulukoteihin. Pojilla hoitopaikan valinta voi olla selkeämpää, kun samanaikaissairastavuus on pienempi ja pojat ohjataan selkeämmin koulukoteihin. (Lehto-Salo, 53.) Käytöshäiriöiset nuoret aloittavat aikaisemmin päivittäisen tupakoinnin ja tällä oli yhteyttä myös alkoholin- ja huumeiden käyttämishäiriöihin. (Ilomäki 2012, 105, 108, 114; Niethammer & Frank 2007, 258)

Kouluterveyskyselyn mukaan vuonna 2015 viikoittain juo 14–18-vuotiaista tytöistä 8 % ja pojista 10 %. Luvut ovat alempana kuin koskaan tutkimusjakson (1977–2015) aikana. Täysin raittiidenkin määrä on noussut viime vuosien aikana. Tosihumalajuominen on kääntynyt myös laskuun 2011 vuoden jälkeen. Tosihumalaan juominen yleistyi 1980-luvulta 1990-luvun lopulle asti jopa yli neljännekseen pojista ja melkein neljännekseen tytöistä ja 2000-luvun alkupuolella se pysyi 22 %:ssa. Vuonna 2015 11 % juo itsensä tosihumalaan kuukausittain. (Kinnunen ym. 2015, 41–45.)

Ilomäki (2012) tutki väitöskirjassaan nuorten psykiatristen osastohoitopotilaitten päihteiden käyttöä vuosina 2001–2006. Tutkimus oli osa Study 70 projektia, jossa kerättiin tietoa

pohjoisen Suomen nuorisopsykiatrisista potilaista (n= 508). Väitöskirjan mukaan nuorisopsykiatristen potilaiden päihteiden käyttö oli yleistä. Käytös- ja pelkohaäiriöt ovat yhteydessä riippuvuuteen alkoholista ja huumeista. Pojilla päihteiden käyttöön vaikutti myös masennusoireilu. Suonensisäisten huumeiden käytön riskiä lisäsivät aikaiset tupakan, alkoholin ja kannabiksen kokeilut, rikkinäinen koti ja vanhemmattomuus sekä kouluvaikeudet. Alkoholin liikkakäyttöä oli todettu noin 40 %:lla nuorista, ja jopa 17 % tytöistä ja 20 % pojista olivat riippuvaisia alkoholista, kuitenkin sairaalaan tulosyynä päihteiden käyttö oli syynä alle 10 % nuorista. (Ilomäki 2012, 67, 105–106.) Luvut olivat yllättävän isoja ja kuten Ilomäki itsekin tutkimuksessaan pohti, syinä saattoivat olla herkkä diagnostiikka tai kyseinen vertailtava ryhmä. Niethammer & Frank (2007, 258) ovat myös pohjineet, että osastopotilaat ovat päihteiden käytön ja riippuvuuden suhteen riskiryhmää. Pilowskyn & Wun (2006, 354) tutkimuksessa ilmeni, että sijoitetut nuoret (n= 464) käyttivät enemmän alkoholia kuin verrokkiryhmän nuoret.

Ilomäen tutkimuksen mukaan osastopotilaista käytti huumeita 13 % tytöistä ja 24 % pojista. Elämänsä aikana huumeriippuvuus oli todettu 7 % tytöistä ja 15 % pojista. (Ilomäki 2012, 106.)

Kannabis on yleisin käytetty huume. Huumeiden käyttötilastoissa kannabiksen ja muun huumeen käytön määrät ovat melkein samat eli huumeiden käyttäjät käyttävät pelkästään kannabista, tai muun huumeen ohella. Kannabiksen käyttö lisääntyi 1990-luvulla, mutta kääntyi laskuun 2000-luvulla nuorilla. Nuorten aikuisten huumeikäyttö on hieman lisääntynyt. Vuonna 2015 yhdeksäsluokkalaisista tytöistä 7 % ja pojista 10 % on kokeillut kannabista elinaikana. Prosentin verran pojista oli käyttänyt yli 40 kertaa kannabista. (Raitasalo 2015, 23–24). Saksalaisessa nuorisopsykiatristen potilaiden tutkimuksessa yleisin huumeista oli kannabis (6 %) ja käyttäjistä iso osa käytti säännöllisesti (Niethammer & Frank 2007, 257). Pilowskyn & Wun (2006, 354) tutkimuksessa sijaishuollon nuorista (n= 464) huumeiden käyttöä oli kokeillut 34.2 %, kun verrokkiryhmässä (n= 18 966) kokeilleita oli 18.1 %. Sijoitetuilla nuorilla oli viisinkertainen riski tulla riippuvaisiksi huumeista. Huumeriippuvuus oli 9.8 %:lla sijoitetuista nuorista, kun sijoittamattomilla riippuvuus oli 2.2 %:lla.

Suuri osa nuorista on tupakoimattomia. Yläasteikä on aikaa, jolloin tupakointikokeilut yleistyvät. Vuonna 2012 kaksi viidestä oli kokeillut tupakointia ja 7 % tupakoi päivittäin.

Tupakoita kului keskimäärin kahdesta viiteen päivässä. Tupakointi yleistyy yhdeksättä luokkaa lähestyttäessä ja saatavuus helpottuu samaa tahtia. Seitsemäsluokkalaisista reilu neljännes kokee tupakan hankkimisen helpoksi, kun yhdeksäsluokkalaisista kolme viidestä kokee samoin. Myös tupakoinnista riippuvuus lisääntyy seitsemännen luokan jälkeen. Tupakoivilla nuorilla (> 50 %) on kuitenkin halua lopettaa tupakointi ja monet (kaksi kolmesta) ovatkin yrittäneet lopettaa. Nuuskaa käyttivät yleisemmin pojat (kokeilleita oli 27 % ja päivittäin käyttäviä 3 %, tytöistä kokeilleita oli 7 %) Sähkösavuke on melko uusi tupakkatuote, mutta sen käyttöä oli kokeillut 10 % nuorista. (Ollila ym. 2014, 20, 46–47.) Sähkösavukkeiden käytön kokeilu on lisääntynyt uusimmassa tutkimuksessa, 2015 14- vuotiaista oli kokeillut sähkösavuketta 23 % pojista ja 14 % tytöistä. Suomessa käytetään jonkin verran myös vesipiippua. Säännöllinen käyttö on harvinaisempaa, mutta kokeilijoita on 18- vuotiaista kolmannes. (Kinnunen 2015, 48–49.) Nuoret altistuvat kotona tupakoinnille. Isän tai äidin puolison tupakointia näkee kolmannes ja äidin tai isän puolison tupakointia joka neljäs. (Ollila, Ruokolainen & Heloma 2014, 20, 46–47.) Päihdehäiriöiset nuoret tupakoivat useammin päivittäin (Ilomäki 2012, 114).

Nuorten terveystapatutkimusta on tehty 1977 – vuodesta alkaen. Tupakointi on vähentynyt pojilla tutkimusjakson aikana (1977–2015) ja erityisesti tupakoinnin kokeileminen lähti vähenemään vuosituhannen vaihteen jälkeen. Tyttöillä tupakointi lisääntyi 1980- luvulta vuosituhannen vaihteeseen, mutta sitten on tapahtunut tupakoinnin vähenemistä alaikäisillä. Vuonna 2015 12- vuotiaista tytöistä oli kokeillut tupakanpoltoa 3 % ja pojista 6 %. Alle 16 vuotiaista kokeilemattomia oli vielä enemmän, mutta 18- vuotiaista tupakointia kokeilleita oli 62 % tyttöjä ja 58 % poikia. Vuonna 2015 14- vuotiaista tupakkatuotteita käytti päivittäin 3 % ja 16- vuotiaista tytöistä käytti 12 % ja pojista 13 %. 18- vuotiaana tytöistä poltti tupakkaa 16 % ja pojista 22 %. (Kinnunen ym. 2015, 21–22.)

Sijaishuollon lapsilla ja nuorilla tilanne tupakoinnin suhteen on toinen. Salomäki & Rautalahti (2008) tekivät tutkimuksen sijaishuollon lasten ja nuorten tupakoinnista. Kyselyn mukaan 60 % sijaishuollon lapsista ja nuorista (n=159) käyttivät tupakkatuotteita. Kouluterveyskyselyn mukaan samana ajankohtana tupakkatuotteita käytti 20 % kaikista nuorista.

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaat olivat Kiurun ja Metterin (2014, 151–152) tutkimuksen mukaan keskimääräistä nuorempia kuin muut. 78 % yhteisasiakkaista oli 12–15- vuotiaita. 16–17- vuotiaista suuri osa ei ollut yhteisasiakkaita. Erityisesti 17- vuotiailla ero oli suuri, kun yhteisasiakkaita oli vain 6 % ja muita 27 %. Yhteisasiakkaat tulivat myös useammin psykiatriseen sairaalahoitoon. Pojilla lastensuojelun merkintä oli hoitoon tullessa näkyvillä useammin kuin tytöillä, mutta hoidon jälkeen tytöille tehtiin merkintä useammin kuin pojille.

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

3.1. Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatria

Kellokosken sairaala sijaitsee eteläisessä Suomessa kuuluen Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen, osana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (HUS). Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatrisia osastoja oli aineiston keruun aikaan neljä. Potilaspaikkoja osastoilla oli 8-9/ osasto. Osastoilla hoidettiin 13–17- vuotiaita nuoria. Nuoret ovat tulleet pääosin Hyvinkään ja Peijaksen HUS-alueilta, mutta osastot ovat palvelleet tarpeen mukaan myös muita HUS- alueita. Osastoille tuli vuosittain noin 120 potilasta, joista 80–90 oli ensimmäistä kertaa osastohoidossa. (Lindberg ym. 2011, 1-4). Potilaat olivat tulleet pääosin nuorisopsykiatrian klinikoilta tai terveyskeskuksista. Potilaat, joilla oli pelkästään päihteiden käytön häiriö tai vakava syömishäiriö, hoidettiin omissa yksiköissään muualla. Hoitajaksot ovat pitäneet sisällään erilaisia arviointimenetelmiä, yksilöllistä terapiaa, ryhmäterapiaa, perhetyötä sekä lääkehoitoa. (Rytilä-Manninen 2014, 2023.)

3.2. KAIFUS- hanke

Kellokosken sairaalan nuoriso-osastoilla toteutetaan tutkimushanke, KAIFUS (The Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study). Hanke on pitkittäinen, naturalistinen tutkimus. (Rytilä-Manninen 2014). Hankkeen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa nuorisopsykiatristen osastopotilaiden kliinisistä piirteistä, heidän selviytymisestään arjessa hoidon jälkeen sekä tietoja hoidon kehittämisen tarpeisiin. Nuoria on arvioitu pätevillä kansainvälisesti käytetyillä mittareilla, kuten AUDIT (alkoholin käyttö), BDI (masennusoireet), LEC (elämäntapahtumat), K-SADS-PL (psykiatrinen diagnoosi). Lisäksi tietoa on kerätty nuoren taustasta, elämäntilanteesta, defenssityyleistä ja psykopatologiasta. Erityisesti diagnostiikkaan ja systemaattiseen tiedonkeruuseen on kiinnitetty huomiota. Tietoa kerätään hoidon alussa, sen aikana ja hoidon päättyessä sekä noin viiden vuoden seurannan jälkeen. Prospektiivinen tiedonkeruu mahdollistaa nuorten psyykkisen oirehtimisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn seurannan. Näin pystytään arvioimaan hoidon lyhyt- ja pitkäaikaiset vaikutukset. (Lindberg ym. 2011, 4-7.)

4 TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata kuormittavien elämäntapahtumien, psyykkisten oireiden ja päihteiden käytön sekä tupakoinnin eroja osastohoidossa olevilla nuorilla, jotka on sijoitettu ja nuorilla, joita ei ole sijoitettu ennen hoitoon tuloa. Sijoitus tarkoittaa tässä tutkimuksessa nuoren sijoitusta kodin ulkopuolelle avohuollon tukitoimin, kiireellisesti tai nuoren huostaanottona.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Eroavatko osastohoidossa olevien nuorten kuormittavat elämäntapahtumat
 - a. niillä, jotka ovat sijoitettu
 - b. niillä, joita ei ole sijoitettu
2. Eroavatko osastohoidossa olevien nuorten psyykkiset oireet
 - a. niillä, jotka ovat sijoitettu
 - b. niillä, joita ei ole sijoitettu
3. Eroavatko osastohoidossa olevien nuorten päihteiden käyttö ja tupakointi
 - a. niillä, jotka ovat sijoitettu
 - b. niillä, joita ei ole sijoitettu
4. Ovatko lastensuojelun asiakkaana olevat tai sijoitetut nuoret tulleet aiemmin hoidon piiriin kuin ei lastensuojelutaustaiset nuoret

Tavoitteena oli tuottaa tietoa lastensuojelutaustaisten nuorten kuormittavista elämäntapahtumista, psyykkisestä oireilusta ja päihteiden käytöstä sekä tupakoinnista terveydenhuollon palvelujen kehittämisen tueksi.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä tässä tutkimuksessa on kvantitatiivinen eli määrällinen. Määrällinen tutkimus pyrkii yleistämään. Tarkoituksena on kerätä isommasta joukosta eli perusjoukosta otos, joka vastaa tutkimusongelmiin. Otoksen edellytetään edustavan koko joukkoa. (Kananen 2008, 13.) Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä kuvaa muuttujien suhteita ja eroja sekä vastaa kysymykseen kuinka paljon tai miten usein. Tutkija on puolueeton eikä vaikuta tutkimustulokseen. (Vilka 2007, 13.)

Keskeistä määrällisessä tutkimuksessa on johtopäätökset ja teoria aiemmista tutkimuksista. Tärkeää on myös hypoteesien esittäminen, jos se on mielekästä. Tutkimuksessa on määriteltävä keskeiset käsitteet. Suunnitelmassa on todettava, että aineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen. Tutkimuksessa on määriteltävä perusjoukko, johon tulosten tulee päteä ja valitaan tästä joukosta otos. Otoksesta muodostetaan muuttujat taulukkomuotoon ja aineisto muotoillaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmät tehdään perustuen tilastollisiin menetelmiin. (Hirsjärvi ym. 2014, 143.)

5.2. Aineiston keruu

5.2.1 Aineiston kuvaus

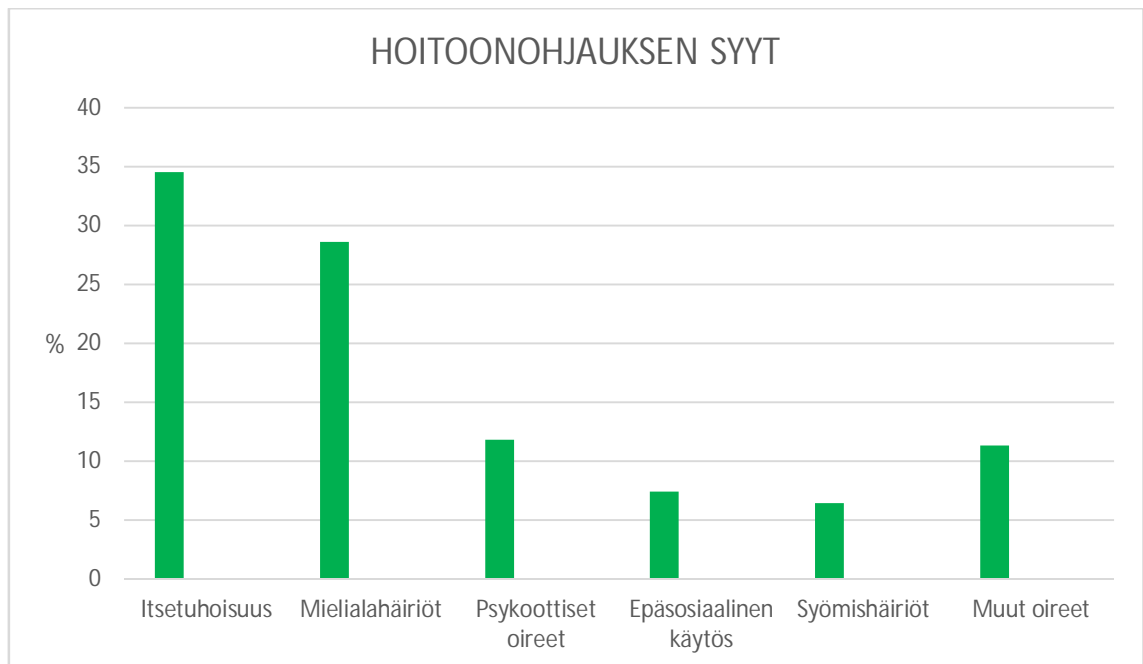
Kohdejoukko on määriteltävä aina. Se lisää tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Kohdejoukon on myös oltava sellainen, jolla on tietoa kyseisestä asiasta tai jota asia koskettaa. Valitun joukon pitäisi olla pienoiskuva tai peilikuva koko perusjoukosta. (Kananen 2008, 17, 32.)

Kohdejoukkona tässä tutkimuksessa ovat 13–17-vuotiaat nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevat potilaat. Potilailla oli riittävä suomen kielen taito (kaikki olivat suomalaisia) sekä kognitiivinen taso osallistua tutkimukseen. Potilaat, jotka olivat hoidossa vähemmän kuin kaksi viikkoa, suljettiin pois tutkimuksesta. Potilaita oli tutkimusajan kohtana kaiken kaikkiaan 395, joista 315 oli sopivia tutkimukseen. 315 potilaasta tutki-

mukseen osallistui 206 potilasta (62 potilaan tai vanhemman/huoltajan suostumusta tutkimukseen ei saatu, 23:lla oli keskeytynyt hoito ja 24:llä oli puuttuvia tietoja). (Rytilä-Manninen 2014, 2023.)

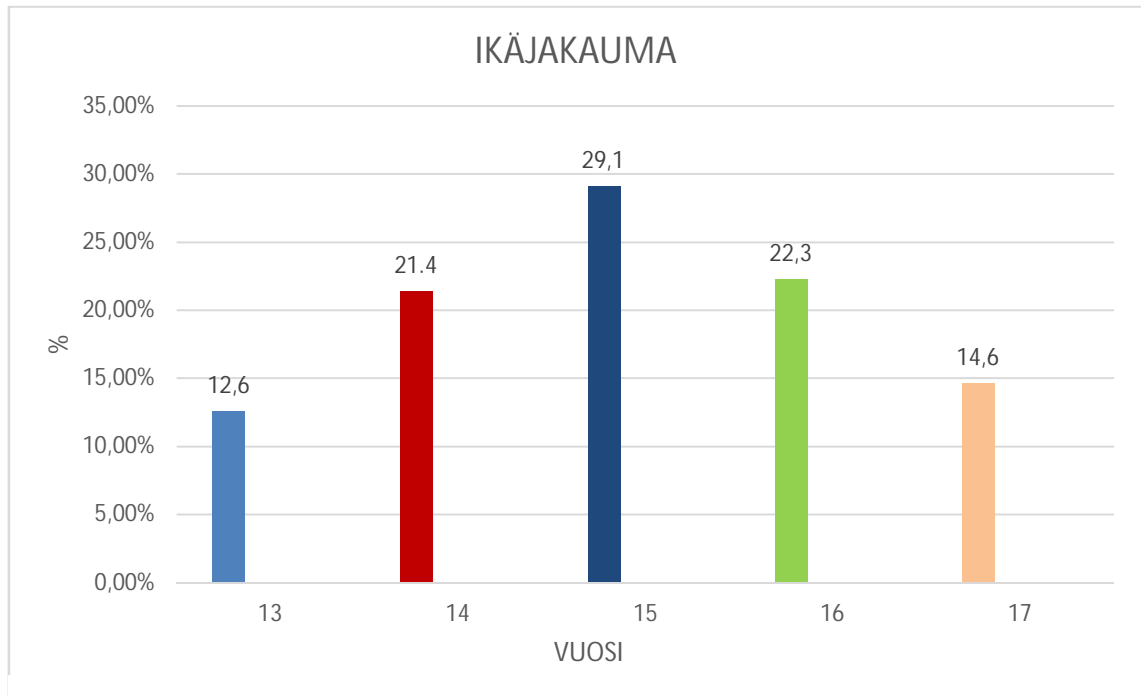
Aineisto sisältää tiedot 206 nuoresta, heistä poikia on 60 (29.1 %) ja tyttöjä 121 (70.9 %). Heistä sijoitettuja tai huostaan otettuja nuoria oli 41 (19.9 %). Sijoitettuja tai huostaan otettuja poikia oli 16 (39 %) ja tyttöjä 25 (61 %). Lastensuojelun asiakkuus ylipääntään oli 90 nuorella (43.7 %). Uusi lastensuojelun asiakkuus alkoi osastohoidon aikana 37 nuorella (18 %).

Potilaat tulivat hoitoon terveyskeskuksen kautta, nuorisopoliklinikoilta tai toisesta sairaalasta. Hoitoonohjauksen syinä oli itsetuhoisuus (34.5 %), mielialahäiriöt (28.6 %), psykoottiset oireet (11.8 %), epäsosiaalinen käytös (7.4 %), syömishäiriöt (6.4 %) ja muut oireet (11.3 %). (Rytilä-Manninen 2014, 2023). (Kuvio 1).



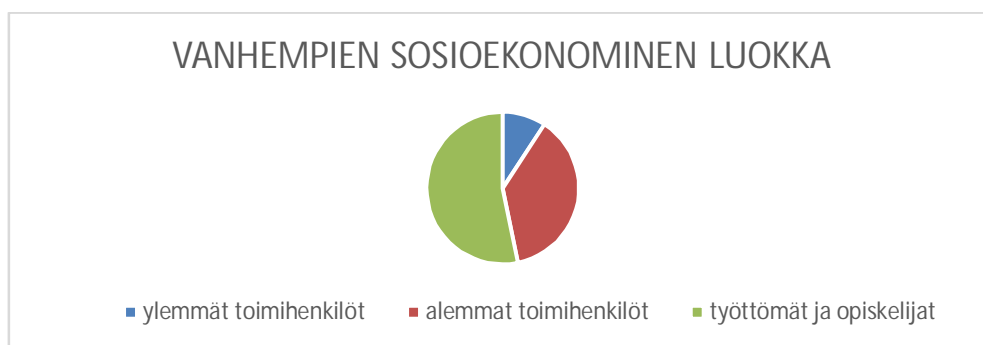
KUVIO 1. Nuorten oireet hoitoonohjauksen syinä

Nuoret olivat 13–17- vuotiaita, joista 13- vuotiaita oli 26 (12.6 %), 14 – vuotiaita 44 (21.4 %), 15- vuotiaita 60 (29.1 %), 16- vuotiaita 46 (22.3 %) ja 17- vuotiaita 30 (14.6 %). (Kuvio 2).



KUVIO 2. Osastohoidossa olevien nuorten iät (13–17 v.)

Nuorten vanhempien sosioekonominen luokka oli jaettu kolmeen eri luokkaan: ylemmät toimihenkilöt 19 (9.2 %), alemmat toimihenkilöt 78 (37.4 %), työttömät ja opiskelijat 109 (52.9 %). (Kuvio 3).



KUVIO 3. Vanhempien sosioekonominen luokka jaoteltuna

Aineisto on kerätty vuosina 2006—2010 ja tiedot on tallennettu SPSS 20.0 ohjelmaan (Rytilä-Manninen 2014, 2015). Aineisto on edelleen myös alkuperäisenä paperisena tallessa. Aineistossa on tiedot nuorten masennusoireilusta, elämäntapahtumista, sosiaalisista suhteista, päihteiden käytöstä, minäkuvan kehityksestä, tunne-elämän, ajattelun ja toiminnan ongelmista, defenssityyleistä, diagnooseista, itsetuhoisuudesta, toimintakyvystä sekä nuoren taustatiedoista ja elämäntilanteesta. Aineisto on kerätty itsearviointilomakkeilla, vanhempien täyttämällä lomakkeilla sekä puolistrukturoiduilla haastatteluilta ja työntekijöiden täyttämällä strukturoidulla taustatietolomakkeella. (Lindberg ym. 2011, 4.)

5.2.2 Aineiston keruussa käytetyt mittarit

K-SADS-PL

K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 Years) Present and Lifetime Version) on puolistrukturoitu haastattelu, joka auttaa nuoren psykiatrisen diagnoosin määrittämisessä. Haastattelun saa tehdä vain menetelmään koulutettu psykiatrinen sairaanhoitaja tai lääkäri. Nuorisopsykiatrit asettivat diagnoosin K-SADS-PL-haastattelun ja kliinisen arvion pohjalta. (Rytilä-Manninen 2014, 2023–24).

Strukturoitu taustatietolomake

Nuoren ja perheen taustaa, elämäntilannetta ja nuoren oireiluja koskevat tiedot kerättiin professori Mauri Marttusen kehittämällä tiedonkeruulomakkeella. (Lindberg ym. 2011, 7). Vanhempien sosioekonominen tausta selvitettiin myös tällä lomakkeella. Sosioekonominen tausta jaettiin kolmeen eri osaan: ylemmät toimihenkilöt ja yrittäjät, alemmat toimihenkilöt ja työntekijät, työttömät ja opiskelijat. (Rytilä-Manninen 2014, 2024).

LEC

LEC (Life-Event-Checklist) on itsearviointimittari, jonka tarkoituksena on kartoittaa mahdolliset traumaattiset tapahtumat vastaajan elinaikana. Lomakkeessa on eri tapahtumia, joiden tiedetään mahdollisesti aiheuttavan traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD) tai muuta haittaa. (PTSD 2016).

Kuormittavat elämäntapahtumat

Kuormittaviksi elämäntapahtumiksi laskettiin seitsemän eri elämäntapahtumaa: vanhempien välinen väkivalta, lapsen itseensä kohdistuva väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö, vanhempien avioero, vanhempien päihteiden käyttö tai psykiatrinen hoito sekä vanhemman rikollisuus. Nämä perustuvat mukaillen Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)- kyselylomakkeeseen kuormittavista elämäntapahtumista, joiden on todettu olevan intensiivisiä ja jatkuvia stressinlähteitä (WHO 2016). Samoja kuormittavia elämäntapahtumia on käytetty myös muissa KAIFUS-tutkimuksissa.

Tässä tutkimuksessa kuormittavien elämäntapahtumien tiedot kerättiin eri mittareista. K-SADS-PL -haastattelun traumaosiosta kerättiin tiedot koskien vanhempien välistä väkivaltaa, lapsen itseensä kohdistuvaa väkivaltaa ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Haastattelussa kysyttiin, onko nuori nähnyt vanhempien välistä väkivaltaa, josta on aiheutunut uhkaa tai vanhemmat ovat vahingoittaneet toisiaan. Itseen kohdistuvasta väkivallasta selvitettiin, onko nuorta lyöty, onko saanut mustelmia tai ruhjeita ja onko pahoinpitely toistunut useamman kerran. Seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla kysyttiin yksittäisestä tai toistuvasta hyväksikäytöstä, onko nuori joutunut kokemaan sukupuolielinten hyväilyä, suuseksiä tai vaginaalista/anaalista yhdyntää. Kysymykset kategorisoitiin vastauksilla ei (=0) ja kyllä (=1). Strukturoidussa taustatietolomakkeessa kysyttiin vanhempien avioerosta, vanhempien päihteiden käytöstä ja/tai psykiatrisesta sairaudesta. Kysymykset kategorisoitiin ei (=0) tai kyllä (=1) - vastauksilla. Vanhemman rikoshistoriasta kysyttiin lomakkeessa LEC (Life-Event-Checklist). Lomakkeessa kysyttiin, onko vanhempi pidätetty, epäilty tai tuomittu rikoksesta. Lomakkeeseen vastattiin ei (=0) tai kyllä (=1). Kuormittavien elämäntapahtumien summapistheet laskettiin arvoilla nollassa seitsemään. (Rytilä-Manninen 2014, 2024–2025).

AUDIT

Nuorten päihteiden käyttöä selvitettiin AUDIT – lomakkeella. AUDIT on kehitetty kuuden maan WHO:n yhteistyöprojektina ja on validi alkoholin käytön mittari (Daepfen ym. 2000, 659). AUDIT on menetelmä, joka mittaa alkoholin käyttöä, juomistapoja ja alkoholin käytöstä johtuvia ongelmia. Lomake tarjoaa yksinkertaisen menetelmän tunnistaa varhaista ja haitallista alkoholin käyttöä. Lomakkeessa on kymmenen osiota ja kysymyksiin vastataan 0-4 asteikolla. Maksimi pistemäärä on 40 pistettä. Aikuisilla yli kahdeksan pistettä saaneilla tutkimusten mukaan on haitallista alkoholin käyttöä. (Saunders ym.1993, 791; Reinert & Allen, 2002, 272). Naisille pistemäärä on jopa hieman liian iso ja suositeltavaa olisikin vähentää pistemäärää naisilla viiteen tai kuuteen (Reinert & Allen, 2002, 273). Chung ym. (2000, 584) tutkimuksen mukaan AUDIT soveltuisi myös nuorien käyttöön, mutta nuorien haitallisen käytön rajat suositeltaisiin puolta aikuisille sovitusta pistemäärästä. Suomalaisille nuorille ei ole vielä validoitu AUDIT-lomakkeen pisteitä, mutta tutkimustyö on aloitettu aiheen piirissä.

Babor (2001, 30) on päivittänyt alkuperäistä AUDIT- versiota ja tehnyt suosituksia AUDITin kääntämiselle. Aalto ym (2009, 26) tutki AUDITin ja sen lyhyempien versioiden soveltumista alkoholin käytön arvioimiseen ja riskirajojen määrittämiseen Suomessa. Tutkimuksessa käytettiin Baborin (2001, 32) ohjeiden mukaan suomen kielelle käännettyä AUDITia, jota käytettiin tässäkin tutkimuksessa. Tähän AUDIT- versioon oli liitetty myös kolme lisäkysymystä alkoholista. Lisäkysymyksissä tiedusteltiin viimeisen vuoden aikana tapahtuvaa runsasta alkoholinkäyttöä, ikää alkoholin käytön alkaessa sekä ikää, jolloin oli ensimmäisen kerran alkoholista johtunut paha olo. Lisäkysymyksiä ei kuitenkaan käytetty muuttujina, vaan pisteet laskettiin ensimmäisen kymmenen kysymyksen kohdalta, jotka ovat kansainvälisestikin käytössä. Jos ensimmäiseen kysymykseen vastasi, että ei koskaan käyttänyt alkoholia ja muut kohdat olivat tyhjiä, annettiin summapiste 0. Jos muissa kohdissa oli yksittäinen tyhjä vastaus, laskettiin se muiden kohtien keskiarvolla. Jos kyselyssä oli useampi puuttuva kohta, se jätettiin pois analyysistä. Tämä AUDIT-versio sisälsi myös tupakoinnin ja huumeiden käyttöä mittaavan osion. Tupakointi- ja huumeekysymykset on kehitetty suomalaisilla nuorilla tehtäviä tutkimuksia varten.

Tupakoinnista oli kyselyssä kolme kysymystä: tupakoiko tai onko joskus tupakoinut ja kuinka säännöllisesti, kuinka vanhana tupakointi on aloitettu ja kuinka vanhana kokeili

ensimmäisen kerran tupakointia. Tupakoinnista luotiin kaksi muuttujaa. Ei tupakoinut tai korkeintaan kokeillut (=0) ja on tupakoinut (=1). Toisella muuttujalla selvitettiin tupakoinnin säännöllisyyttä. Ei säännöllistä tupakointia (=0) ja tupakoi päivittäin (=1). Vertaessa sijoitettujen ja ei-sijoitettujen tupakointia käytettiin ristiintaulukointia.

Huumeiden käyttöä selvitettiin asteikolla 0-4: onko käyttänyt, kokeillut kerran, muutamia kertoja, usein tai vakituisesti. Huumeista kysyttiin kannabis (esim. hasis, marihuana), opiatit (esim. opium, heroïini), rauhoittavat lääkkeet (esim. Diapam), kokaiini, piristeet (esim. amfetamiini), hallusinogeenit (esim. LSD), liimat tai muut, mitä ei ollut mainittu. Tätä tutkimusta varten huumeiden käytöstä luotiin kaksi muuttujaa. Kannabiksen käytöstä kysyttiin, onko käyttänyt koskaan: ei (=0) ja vähintään kokeillut (=1). Toisessa muuttujassa kysyttiin, onko ylipäätään käyttänyt laitonta huumetta, inhalanttia, impannut tai käyttänyt rauhoittavia lääkkeitä päihtymystarkoituksessa: Ei koskaan (=0) ja vähintään kokeillut (=1). Huumeiden käytön eroja tutkittiin sijoitettujen ja ei-sijoitettujen välillä käyttämällä ristiintaulukointia.

5.3. Analyysi

Analyysimenetelmän valintaan vaikuttavat valitut mittarit ja niiden mittaustasot. Jokaisella menetelmällä on mittaustasoja koskevat minimikriteerit, joita ei saa rikkoa. Tutkijalla on vastuu menetelmän käytöstä. (Kananen 2008, 51). Analyysimenetelmän tulee antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. (Vilka 2007, 119).

Analyysia on hyvä kuvata graafisin tai tilastollisin keinoin. Jos halutaan pitää tulos vain kuvauksen tasolla, olisi käytännön tieto kuitenkin tärkeä nostaa esille, muun muassa muuttujina olevan aineiston luokittelu, jakaumien ja niiden keskiarvojen esittäminen sekä ristiintaulukointi. (Virtuaali ammattikorkeakoulu. Tilastollisen analyysin periaatteet, 3).

Tilastollisen päättelyn perustana on se, että otannan tulokset vastaavat perusjoukkoa. Tulosten tilastolliset jakaumat toistuvat ja otoksesta tehdään johtopäätökset. Yksinkertaisimmillaan tulokset voidaan esitellä prosentteina, jolloin oletetaan jakauman vastaavan mielipiteitä myös perusjoukossa. Jos tutkimusongelma kuvaa vain ilmiötä, analyysimenetelmäksi riittävät aineiston rakennetta kuvaavat tunnusluvut, ristiintaulukointi ja

riippuvuusanalyysit. Vahvasta teoriataustasta voidaan johtaa muuttujien väliset riippuvuus-suhteet, käytetään hypoteesien testausta ja monimuuttujamenetelmiä (Kananen 2008, 51–52). Hypoteesien testaamisessa merkitsevyyttä ilmaistaan p -arvolla eli havaitulla merkitsevyydestä. P -arvojen avulla pyritään antamaan numeerinen paikkansapitävyys ja ne ovat todennäköisyyslukuja, joiden vaihteluväli on 0-1. Nämä voidaan ilmaista myös prosenttein ($p=0.5$ on 50 %:n todennäköisyys). (Nummenmaa 2009, 136–138). Tutkija päättää riskitason, joka tarkoittaa sitä, millä todennäköisyydellä otos vastaa perusjoukkoa. Riskitasoksi on vakiintunut 1 % ja 5 %. Merkitsevänä voidaan pitää alle yhden prosentin tulosta ja melkein merkitsevänä alle viiden prosentin tulosta. Erittäin merkitsevä on alle 0,1 % tulos. (Vilka, 2007, 132–133.) Ihmisten käyttäytymistä tutkittaessa alle 0.05 suuruiset p -arvot katsotaan merkitseväksi (Nummenmaa 2009, 138). Tässä tutkimuksessa tulos on melkein merkitsevä, kun p - arvo on alle 0.05, merkitsevä, kun p - arvo on alle 0.01 ja erittäin merkitsevä kun p - arvo on alle 0.001.

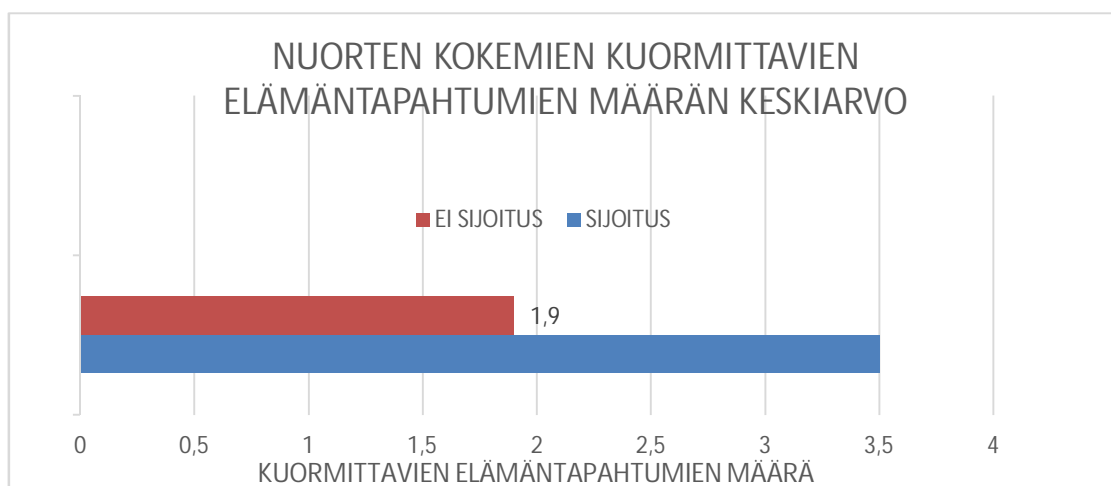
Tässä tutkimuksessa käytettiin ristiintaulukointia, jonka avulla voidaan havainnollistaa muuttujien välistä riippuvuutta (Vilka, 2007, 118; Metsämuuronen 2006, 350). Tuloksia vertaillaessa ja kuvaillaessa käytetään frekvenssejä eli lukumääriä. Ne ovat selkein ja tärkein tapa ilmaista havaintoja (Nummenmaa 2009, 54). Lukumääriä voidaan kuvata myös prosenttiyksiköin. Ne helpottavat laskutoimituksia, koska koko aineisto on aina 100 %. Kahta tai useampaa muuttujaa voidaan vertailla ja etsiä riippuvuuksia ristiintaulukoinnin avulla. Riippuvuudessa jollakin muuttujalla on vaikutusta toiseen muuttujaan. (Vilka 2007, 129.) Tässä tutkimuksessa keskeisiä muuttujia olivat kuormittavat elämäntapahtumat (jotka olivat samat kuin aikaisemmissa KAIFUS-tutkimuksissa), psyykinen oireilu sekä päihteiden käyttö ja tupakointi, joita vertaillaan kahteen taustamuuttujaan taustamuuttujaan, siihen oliko nuori sijoitettu vai ei ole sijoitettu.

Keskiarvot kuvaavat yleisimmin jakaumaa ja yleisin on aritmeettinen keskiarvo (M), joka saadaan laskemalla havaintoarvot yhteen ja jakamalla luku havaintojen määrällä (Nummenmaa 2009, 57–58). Yksittäistä muuttujaa on hyvä kuvata useammalla tunnusluvulla, koska ne kertovat aineistosta enemmän kuin vain yksi tunnusluku (Vilka 2007, 119). Hajontaluvut kertovat muuttujan arvojen jakaantumisesta esimerkiksi keskiarvon ympärille. Keskihajonta (SD) kertoo keskimääräisen etäisyyden keskiarvosta (M). (Nummenmaa 2009, 59–62.) Tässä tutkimuksessa on selvitetty kuormittavien elämäntapahtumien ja päihteiden käytön osalta aritmeettinen keskiarvo ja keskihajonta sijoitetuilla ja ei-sijoitetuilla nuorilla.

6 TULOKSET

6.1. Nuorten kuormittavat elämäntapahtumat sijoitetuilla ja ei – sijoitetuilla nuorilla

Nuorilta kysyttiin erilaisista kuormittavista elämäntapahtumista, kuten vanhempien avioeroista, vanhempien psyykkisestä sairastavuudesta ja päihteiden käytöstä tai rikollisuudesta, perheväkivallasta, itseen kohdistuvasta väkivallasta sekä seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Nuorten kokemat kuormittavat elämäntapahtumat laskettiin yhteen ja määritettiin keskiarvo. Nuorten kuormittavia elämäntapahtumia verrattiin niiden nuorten kohdalla, joita ei ole sijoitettu niihin nuoriin, jotka ovat sijoitettu ennen hoitoon tuloa. Sijoitetuilla nuorilla on enemmän kuormittavia elämäntapahtumia kuin ei-sijoitetuilla. Kuormittaviin elämäntapahtumiin laskettiin seitsemän aiemmin mainittua elämäntapahtumaa, jolloin maksimipistemäärä on seitsemän. Nuorilla, joita ei ole sijoitettu elämäntapahtumien keskiarvo on 1.9 (SD 1.5). Sijoitetuilla nuorilla kuormittavien elämäntapahtumien keskiarvo on 3.5 (SD 1.4). Tilastollisesti ero keskiarvojen välillä on erittäin merkitsevä ($p < 0.001$). (Kuvio 4).

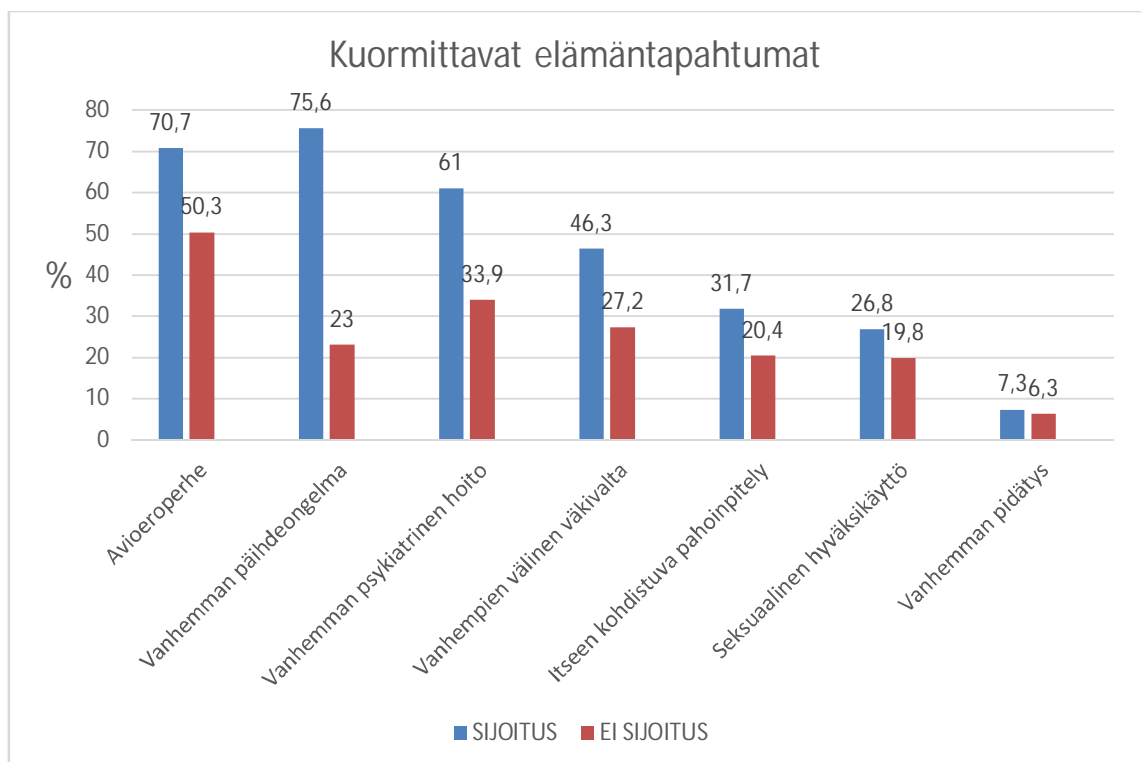


KUVIO 4. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten kuormittavien elämäntapahtumien keskiarvo.

Kun verrataan sijoitettuja nuoria niihin, jotka eivät ole sijoitettuja niin merkitseviä eroja tuli myös muissa kuormittavissa elämäntapahtumissa. Sijoitetuista nuorista 70.7 % tulee avioeroperheistä, ei-sijoitetuista 50.3 % ($p = 0.023$).

Sijoitetuilla nuorilla vanhemman päihdeongelma oli 75.6 %:lla, kun taas ei-sijoitetuilla vanhempien päihdeongelma oli 23.0 %:lla, ($p < 0.001$). Vanhemman psykiatrinen hoito oli 61.0 %:lla sijoitetuista nuorista, kun ei-sijoitetuilla vastaavat luvut olivat 33.9 %, ($p = 0.002$). Sijoitetuista nuorista 46.3 % oli kokenut vanhempien välistä väkivaltaa ja ei-sijoitetuista 27.2 %, ($p = 0.023$).

Sen sijaan tilastollisesti merkitseviä eroja ei löytynyt sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten itseen kohdistuneen pahoinpitelyn, seksuaalisen hyväksikäytön ja vanhemman pidätyksen osalta. Sijoitetuista 31.7 % oli kokenut pahoinpitelyä, ei-sijoitetuista 20.4 %, ($p = 0.144$), seksuaalista hyväksikäyttöä oli kokenut 26.8 % sijoitetuista nuorista, kun taas ei-sijoitetuista 19.8 %, ($p = 0.392$) ja 7.3 % sijoitetuista oli kokenut vanhemman pidätyksen ja ei-sijoitetuista nuorista 6.3 %, ($p = 0.731$). (Kuvio 5).

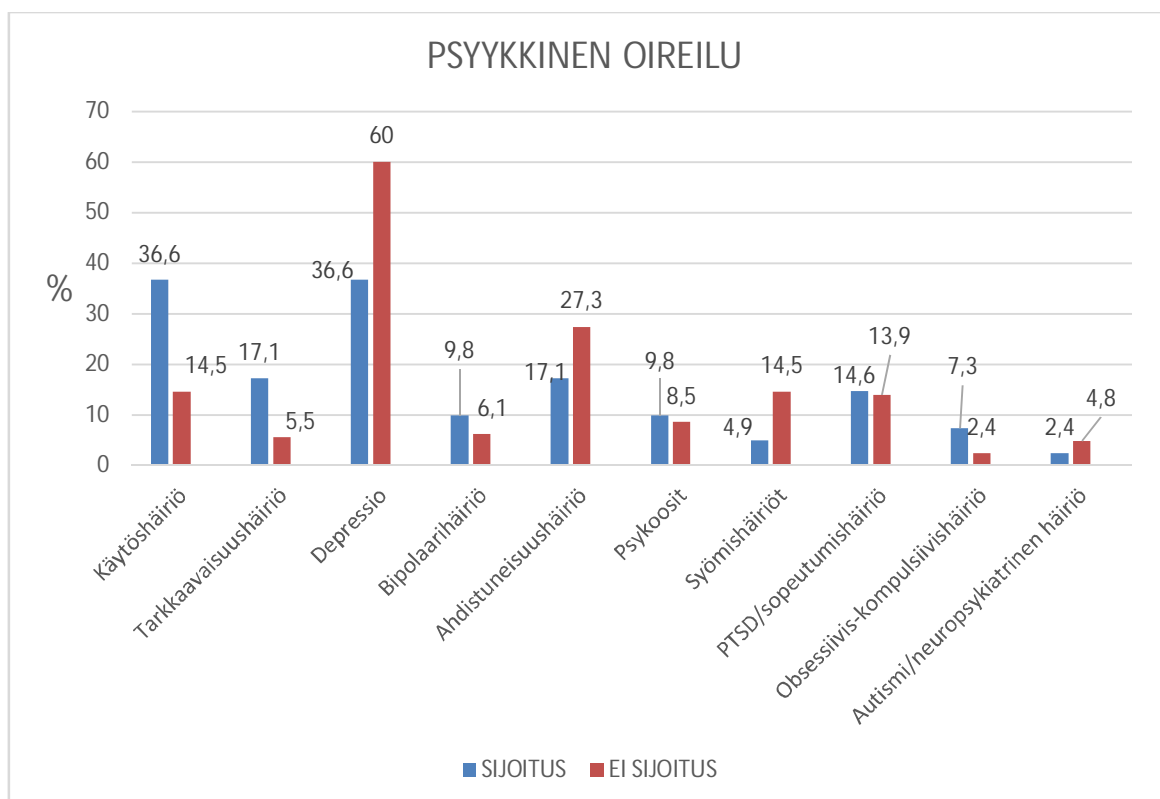


KUVIO 5. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten kokemat kuormittavat elämäntapahtumat

6.2. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten psyykkiset oireet

Sijoitetuilla nuorilla esiintyy yli kaksinkertaisesti käytöshäiriötä (36.6 %), ei-sijoitetuilla 14.5 %, $p=0.003$). Sijoitetuista nuorista isommalla osalla esiintyy tarkkaavuushäiriötä (17.1 %, kun ei sijoitetuilla nuorilla 5.5 %, $p=0.021$). Sijoitetuilla nuorilla sen sijaan esiintyy vähemmän depressiota (36.6 %, kun ei-sijoitetuista nuorista depressiosta kärsi 60.0 %, $p=0.006$).

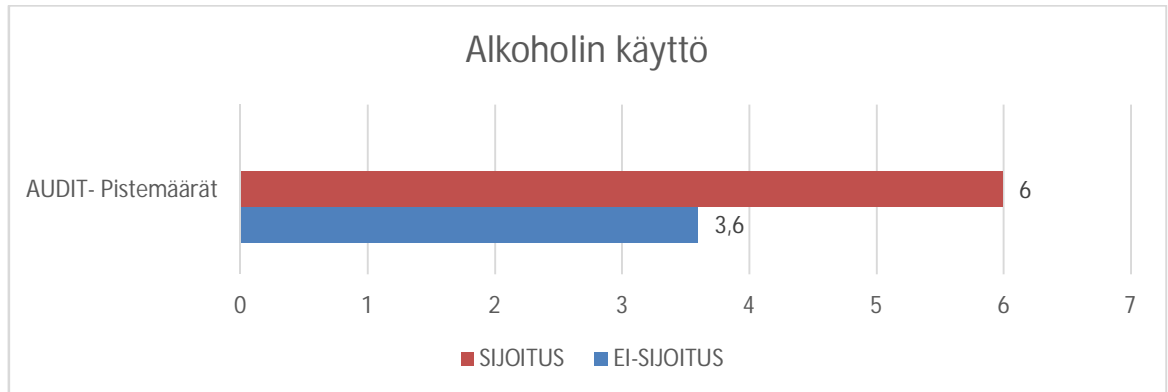
Tilastollisesti merkitsevää eroa ei esiintynyt bipolaarihäiriön esiintyvyydessä, sijoitetuilla bipolaarihäiriö ilmeni 9.8 %:lla ja ei-sijoitetuista 6.1 %:lla, ($p=0.485$). Ahdistuneisuushäiriötä sijoitetuilla oli 17.1 %:lla nuorista ja ei-sijoitetuilla 27.3 %, $p=0.094$). Psykoosisairauksia sijoitetuilla nuorilla oli melkein saman verran (9.8 %) kuin ei-sijoitetuilla (8.5 %, $p=0.761$). Sijoitetuista syömishäiriötä sairasti 4.9 %, kun vastaavasti ei-sijoitetuista 14.5 %, ($p=0.118$). Traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD)/sopeutumishäiriötä oli myös melko saman verran sijoitetuilla nuorilla (14.6 %) kuin ei-sijoitetuilla (13.9 % $p=1.000$), obsessiivis-kompulsiivista häiriötä (OCD) ilmeni 7.3 %:lla sijoitetuista, kun ei-sijoitetuista nuorista OCD oli 2.4 %:lla ($p=0.143$). 2.4 %:lla sijoitetuista oli autismia/neuropsykiatrisia häiriötä, kun vastaava luku ei-sijoitetuilla nuorilla oli 4.8 %, ($p=0.691$). (Kuvio 6).



KUVIO 6. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten psyykinen oireilu

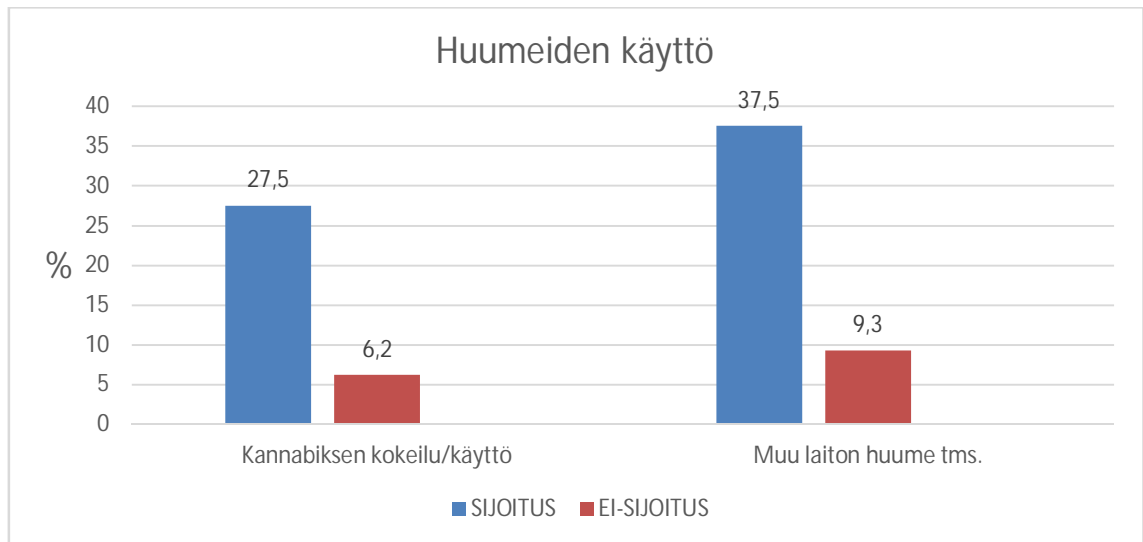
6.3. Nuorten päihteiden käyttö ja tupakointi

Osastohoidossa olevat sijoitetut nuoret raportoivat AUDIT- arvioinnin mukaan alkoholin käyttönsä haitallisemmaksi ($M=6.0$, $SD 8.0$), kuin ei sijoitetut ($M=3.6$, $SD 6.2$, $p=0.045$). (Kuvio 7).



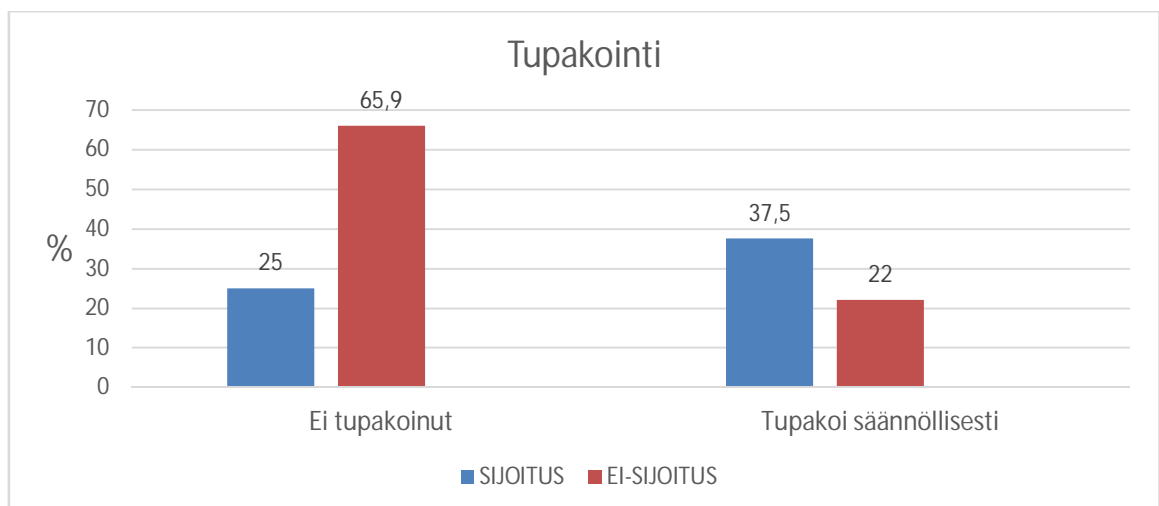
KUVIO 7. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen alkoholin käytön keskiarvon vertailu

Osastohoidossa olleista sijoitetuista nuorista 27.5 % on kokeillut kannabista vähintään kerran ja ei-sijoitetuista 6.2 % on kokeillut kannabista vähintään kerran ($p<0.001$). Ylipäätään mitään laitonta huumetta, inhalanttia, impannut tai käyttänyt rauhoittavia lääkkeitä päihtyäkseen oli sijoitetuista osastohoidossa olleista nuorista käyttänyt 37.5% ja 9.3 % ei-sijoitetuista nuorista ($p<0.001$). (Kuvio 8).



KUVIO 8. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden käyttö

Osastohoidossa olleista sijoitetuista nuorista 25,0 % ei ole koskaan tupakoinut ja ei-sijoitetuista nuorista 65,9 % ei ole koskaan tupakoinut ($p < 0,001$). Sijoitetuista nuorista 37,5 % tupakoi säännöllisesti päivittäin ja ei-sijoitetuista nuorista 22,0 % tupakoi säännöllisesti päivittäin ($p = 0,042$). (Kuvio 9).



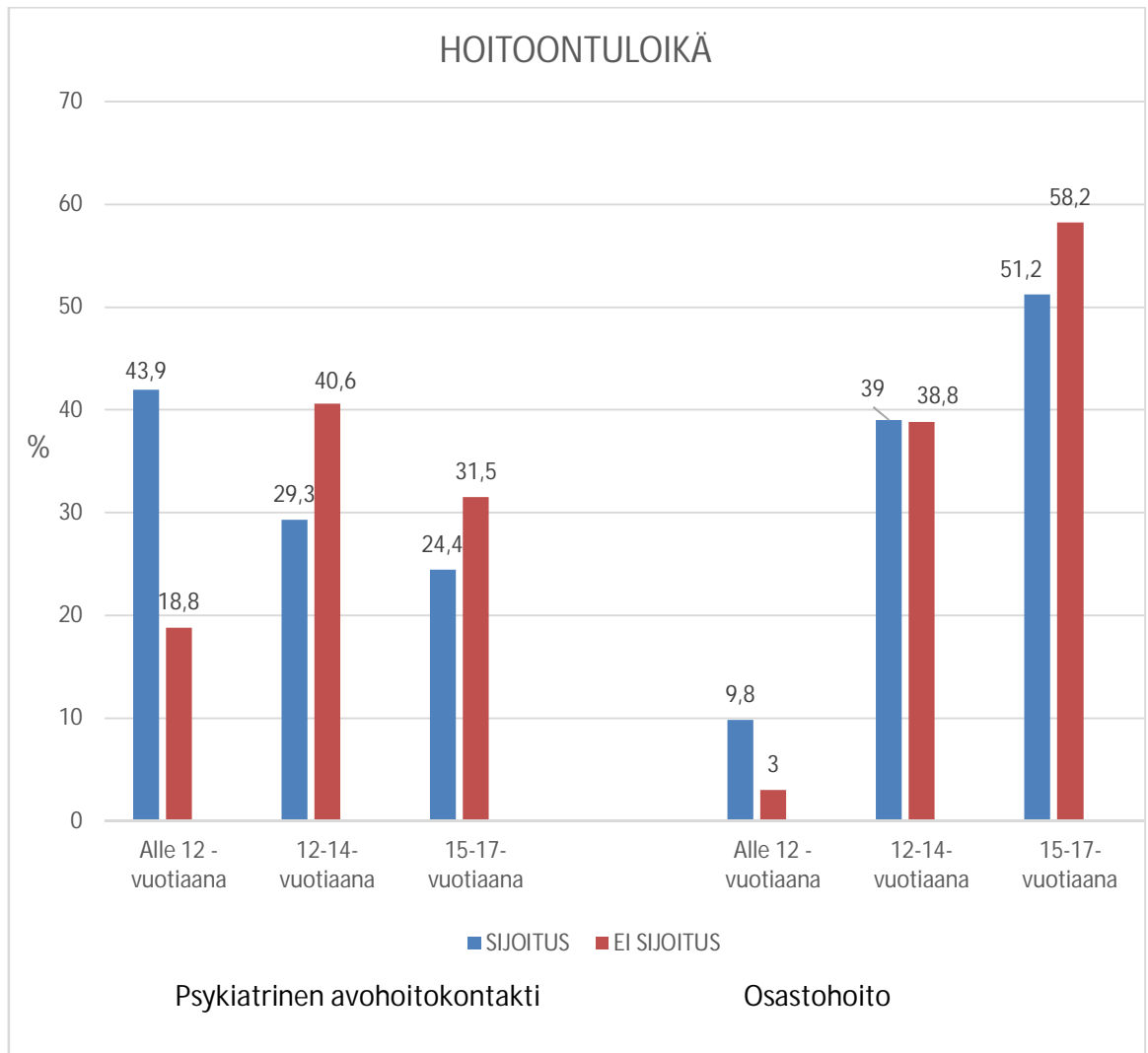
KUVIO 9. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten tupakoinnin vertailu

6.4. Nuorten hoitoontuloikä

Sijoitetut nuoret ovat tulleet aiemmin psykiatrisen hoidon piiriin kuin ei sijoitetut. Sijoitetuilla 43.9 %:lla oli ollut ensimmäinen hoitokontakti avohoidossa alle 12- vuotiaana, kun taas ei-sijoitetuista 18.8 %:lla oli ollut ensimmäinen avohoitokontakti alle 12 -vuotiaana.

Tilanne muuttuu seuraavassa ikäryhmässä (12–14- vuotiaana hoidon piiriin tulleet), jolloin sijoitetuista avohoitoon tuli ensimmäistä kertaa 29.3 %, kun ei-sijoitetuista 40.6 %. Ikäryhmässä (15–17- vuotiaat) ensimmäistä kertaa avohoitoon tuli 24.4 % ja ei-sijoitetuista 31.5 %. Sijoitetuista nuorista 2.4 %:lla ja ei-sijoitetuista 9.1 %:lla ei ollut ollenkaan psykiatrista avohoitokontaktia ennen osastohoitoa.

Psykiatriseen osastohoitoon sijoitetut olivat tulleet aiemmin. Alle 12- vuotiaana osastolle oli tullut 9.8 %. Vastaavasti ei-sijoitetuista alle 12- vuotiaana tuli osastohoitoon 3.0 %. 12–14-vuotiaana sijoitetuista tuli ensimmäiseen osastohoitoon 39 % ja ei-sijoitetuista 38.8 %. 15–17-vuotiaana osastohoitoon päätyy 51.2 % ja ei-sijoitetuista 58.2 %. Sijoitetut tulevat ensimmäistä kertaa osastohoitoon hieman nuorempina, mutta ero ei ole tilastollisesti merkittävä.



KUVIO 10. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten iät saapuessa ensimmäiseen psykiatriseen avohoitoon ja osastohoitoon. Pienellä osalla nuorista ei ollut avohoitokontaktia ennen sairaalaan tuloa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1. Tulosten tarkastelu

7.1.1 Nuorten kuormittavat elämäntapahtumat

Tässä tutkimuksessa verrattiin osastohoidossa olleiden lastensuojelun asiakkaina olleiden nuorten kuormittavia elämäntapahtumia nuoriin, joilla ei ollut lastensuojelun sijoitusta. Kuormittavia elämäntapahtumia olivat vanhempien ero, päihteiden käyttö, psykiatrinen hoito ja rikollisuus, vanhempien välinen väkivalta, itseen kohdistunut väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Sijoitetuilla oli kuormittavia elämäntapahtumia enemmän, kuin ei sijoitetuilla. Näin raportoidaan myös aiemmissa tutkimuksissa sijoitettujen lasten ja nuorten haitallisista ja kuormittavista elämäntapahtumista (Seiler 2016; Bramlet & Radel 2014).

Kuormittavilla elämäntapahtumilla on vaikutusta vakaviin mielenterveyden ongelmiin, itsetuhoisuuteen, posttraumaattiseen stressihäiriöön, päihteiden käyttöön, uusille traumoille altistumiseen ja terveydenhuollon lisääntyneeseen käyttöön sekä kodittomuuteen. Useat lapsuuden aikaiset traumaattiset tapahtumat ovat yhteydessä osastohoitoon saapumiselle nuorempana. Monet jonkin kuormittavan elämäntapahtuman raportoineet ovat kokeneet useammankin haitallisen elämäntapahtuman. (Lu ym. 2008, 1018–1025). Tämänkin tutkimuksen tulokset vahvistivat aikaisempaa tutkimusnäyttöä sijoitettujen nuorten kuormittavista elämäntapahtumista. Sijoitetuilla nuorilla on enemmän kuormittavia elämäntapahtumia, tämän tutkimuksen mukaan sijoitetut nuoret raportoivat keskimäärin 3.5 kuormittavaa elämäntapahtumaa, kun ei-sijoitetut olivat kokeneet keskimäärin 1.9 kuormittavaa elämäntapahtumaa. Tilastollisesti ero oli erittäin merkitsevä.

Monet lastensuojelun piirissä olevista nuorista ovat kokeneet kuormittavia elämäntapahtumia ja selkeitä traumoja saattaa olla useitakin. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan sijaishuollon nuoret ovat selkeästi traumatisoitunut ryhmä ja kaksi kolmasosaa trauman kokeneista oli kokenut vähintään kaksi traumaa (Salazar ym 2013, 548–550). Elämäntapahtumien on todettu vaikuttavan myöhempään elämään, hyvinvointiin ja elämäntapoihin. Aikaisemmin sijoitukseen joutuneilla sijoituksen syyt ovat useammin vanhemmista johtuvia ja vanhemmalla nuorella nuoresta itsestään johtuvia. (Ollikainen 2015, 2004–

2007.) Kun nuorella on vanhemmasta johtuva sijoitus, on se suoraan kuormittava elämäntapahtuma (Bruskas 2008, 131–141). Tämän tutkimuksen mukaan yli kolmella neljästä sijoitetusta nuoresta vanhempi käytti haitallisesti alkoholia, joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevää verrattuna ei-sijoitettuihin (23.0 %). 61 %:lla sijoitettujen nuorten vanhemmista oli psykiatrista hoitoa, mikä oli merkitsevä ero ei-sijoitettuihin (33.9 %). Sijoitetut nuoret tulivat useammin myös riitaisammista perheistä. Sijoitettujen nuorten vanhemmat olivat eronneet useammin (70.7 %) kuin ei-sijoitettujen (50.3 %) ja tämä tuli ilmi myös muista tutkimuksista (Kiuru & Metteri 2014, 152). Melkein puolet (46.3 %) sijoitetuista oli kokenut vanhempien välistä väkivaltaa verrattuna ei-sijoitettuihin (27.2 %). Tällaisessa tilanteessa lapsi on aina läsnä väkivallassa, joskus jopa itsekin kohteena. Altistuminen väkivallalle ennustaa myöhempää väkivaltaisuutta. Väkivallalle altistuminen vaikuttaa kehollisesti, mielenterveydellisesti, sosiaalisesti, älyllisesti sekä sillä on vaikutusta tunne-elämään. (Mäkelä 2014, 3-10.) Kolmasosa sijoitetuista tässä tutkimuksessa oli kokenut itseen kohdistuvaa väkivaltaa, kun Lapsiuhritutkimuksen mukaan suomalaisista yhdeksäsluokkalaisista 16 % oli kokenut kuritusväkivaltaa. Kuritusväkivalta on kuitenkin vähentynyt jatkuvasti viime vuosien aikana. (Fagerlund ym. 2014, 48–49.)

Suurella osalla sijoitettujen vanhemmilla oli siis omiakin ongelmia ja nämä ongelmat ovat saattaneet olla myös sijoituksen syitä. Kun vanhemmista johtuva sijoitus voi lisätä nuoren kuormittavuutta ja kun sillä on vaikutusta myöhempään elämään, on mahdollista, että ongelmat ja huono-osaisuus jatkuvat edelleen ylisukupolisesti (Kataja ym. 2014). Ylisukupolisen huono-osaisuuden jatkuminen on myös todennettu Törölään (2013, 93–94) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin oikeuspsykiatristen potilaiden taustoja ja suurimmalla osalla oli lapsuuden kodissaan perheväkivaltaa, yhden vanhemman taloutta, sijoitusta, päihteidenkäyttöä ja mielenterveysongelmia sekä myös köyhyyttä. Vastaavasti myös hyvä-osaisuus periytyy ylisukupolisesti (Mercan & Barlin 2016, 8).

Sijoitetut olivat myös kokeneet jonkin verran enemmän itseen kohdistuvaa pahoinpitelyä, seksuaalista hyväksikäyttöä sekä vanhemman rikollista toimintaa, mutta tilastollista merkittävää eroa muihin osastonuoriin ei ollut. Kuitenkin melkein kolmasosa oli joutunut kokemaan pahoinpitelyä ja yli neljäsosa seksuaalista hyväksikäyttöä. Huonommalla sosioekonomisella statuksella on todettu olevan vaikutusta lasten kaltoinkohteluun (Zielinski 2009, 672).

Suuri määrä kuormittavia elämäntapahtumia lisää psyykkistä oireilua aikuisuudessa. Sijaishuollon onkin tarkoitus vähentää kuormittavien elämäntapahtumien aiheuttamaa kärsimystä tai haittaa. Sijoitusta olisikin hyvä pohtia yksilöllisesti ja harkita sijoituksen tarpeellisuutta, ettei sijoituksesta tule lisää haittaa nuorelle. (Bruskas & Tessin 2013, 131–141). Sijoitus saattaa olla monesti tarkoituksenmukainen nuorelle, joka on joutunut kohtaamaan kuormittavia asioita elämässään. Sijoituksen tavoitteena on vähentää haittaa ja tukea nuoren tervettä kehitystä. Kuitenkin ero vanhemmista on usein nuorelle ja perheelle vaikea asia ja sijoituksen syitä on hyvä pohtia tarkkaan. Oikeanlaisen sijoituspaikan valinta on myös tärkeää siinä vaiheessa, kun nuorta ollaan sijoittamassa. Jos nuori joutuu vaihtamaan sijoituspaikkaa, on se jälleen uusi kuormittava elämäntilanne ja oireilu voi jälleen lisääntyä. Sijoituspaikan valinnalle on määritelty kriteerit ja sijoituksen on aina vastattava lapsen tarpeisiin. Kriteereinä on määritelty hoidon jatkuvuus ja sijoituspaikan pysyvyys, toisena kriteerinä tulevat paikan valintakriteerit ja kolmantena etäisyys perheeseen. Lisäksi tarkastellaan laatua. Usein sijoituspaikan valinnassa kuitenkin käy niin, että lapsi tai nuori sijoitetaan sinne, missä on tilaa tai käytetään jo vakiintuneita tuttuja laitoksia. (Hanhinen 2012, 49–51.) Olisi tärkeää tukea jo hyvin aikaisessa vaiheessa lapsen ja nuoren selviytymistä kuormittavista elämäntapahtumista. Vahvan koherenssin tunteen omaava nuori selviytyy paremmin traumaattisista tapahtumista (Bruskas 2008, 131–141).

7.1.2 Psykkiset oireet

Sijoitettujen nuorten psyykinen oireilu vastaa aikaisempaa tutkimusnäyttöä. Sijoitettujen nuorten psyykkiset oireet olivat enemmän ulospäinsuuntautuvia, kuten myös Persi & Sisson totesivat (2008, 89). Sijoitetuilla ja lastensuojelun nuorilla oli enemmän käytöshäiriöitä (Kiuru & Metteri 2014, 154–155, (Persi & Sisson 2008, 79,89), Koponen ym. (2010, 4075–4076), Haapasalo-Pesu 2012, 103) ja hieman enemmän tarkkaavuuden häiriöitä. Heillä oli sen sijaan vähemmän masennusoireilua, jonka myös Kopsen ym. (2010, 4075–4076) oli havainnut. Masennusoireilu oli kuitenkin melko yleinen sijoitetuilla nuorillakin (36.6 %), joten aivan huomioitta sitä ei voi jättää. Masennus ja myös muut sisäänpäin suuntautuneet oireet voivat olla piilevänä käytöshäiriöoireilun rinnalla ja se voidaan helposti sen takia alidiagnosoida. (Persi & Sisson 2008,95.) Masennuksen hoitaminen käytöshäiriönuorilla vähentäisi myös käytöshäiriöoireilua (Hilton ym. 2013, 484, 487–489). Kaksisuuntainen mielialahäiriökin jää helposti käytöshäiriöoireilun alle

ja jää diagnosoimatta. Myös muiden häiriöiden on todettu olevan yhteydessä käytöshäiriöön kuten aktiivisuuden- ja tarkkaavaisuuden häiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihde- ja persoonallisuushäiriöt. Epilepsia, pään vammat, skitsofrenia ja somaattiset ongelmat voivat altistaa käytöshäiriölle. Jo lapsuudessa alkaneiden käytöshäiriöiden ennuste on huonompi kuin nuoruusiässä alkaneiden ja käytöshäiriöt voivat jatkua aikuisuuteen asti, jolloin ne ilmenevät persoonallisuushäiriöinä, impulsiivisuutena, rikollisena käytöksenä tai päihteiden ongelmallisena käyttönä. (Ebeling ym. 2004, 33–37.) Käytöshäiriöihin liittyy myös riski keskeyttää koulutus, joutua taloudellisiin vaikeuksiin, sairastua somaattisesti ja psykiatrisesti sekä riski kuolla väkivaltaisesti tai itsemurhaan. (Lindberg 2015, 1913). Uhmakkuushäiriö, joka on käytöshäiriön lievempi muoto, esiintyy usein jo ennen murrosikää ja se saattaa edeltää käytöshäiriötä. Myös aktiivisuuden- ja tarkkaavuuden pulmat altistavat käytöshäiriön synnylle. (Ebeling ym. 2004, 33–37.) Olisi erittäin tärkeää ja tehokkaampaa puuttua käytöshäiriöön jo aikaisessa vaiheessa. Se tuottaa enemmän tuloksia kuin myöhäinen puuttuminen (Marttunen ym 2004, 43.) Käytöshäiriö aiheuttaa kuitenkin paljon haittaa ja voi altistaa mielialahäiriölle sekä päihteiden käytölle, joka edelleen vaikeuttaa käytöshäiriötä (Ebeling ym. 2004, 33, 37).

Käytöshäiriöiden hoito vaatii pitkäjänteistä työtä moniammatillisesti, yleensä koulun, lastensuojelun, nuorisopsykiatrian ja joskus päihdehuollon työntekijöiden kanssa. Käytöshäiriöisiä nuoria tutkittiin ja hoidettiin nuorisopsykiatrisilla osastolla yleisesti vielä 2000-luvun alussa. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon ja lastensuojelun paikkojen hoidon vaikuttavuudesta ei ole vertailevaa tutkimusta kovinkaan paljoa. (Marttunen ym.2004, 44, 46.) Suositus on, että käytöshäiriöiset nuoret tulisi hoitaa avohoidon keinoin, se on kuitenkin nykyään ensisijainen hoitomuoto. Jos tulee tarvetta nuorisopsykiatriselle osastohoidolle, suositus on lyhyt aikainen hoito, jossa selvitetään akuutti kriisitilanne tai diagnoosi. Myös lääkkeisiin liittyvät muutokset voidaan hoitaa osastohoidossa. Pitkää ja vaikkauttavaa osastohoitoa voivat tarvita nuoret, jotka ovat vaarallisia tai vaikeasti oireilevia, mutta heille on omat psykiatriset osastonsa. (Marttunen 2004, 47–48; Lindberg 2015, 1013.)

Suomessa käytöshäiriöiden hoito ei ole vielä tutkimustietoon perustuvaa ja yhtenäistä kansallista suositusta ei vielä ole. Lindbergin ym. (2015, 1914–1918) katsauksen mukaan tällainen tulisi tehdä mahdollisimman pian. Katsauksessa oli esitelty erilaisia hoitomal-

leja käytöshäiriön hoitoon ja niitä soveltamalla voisi luoda nykypäivään sopivan hoitomuodon. Katsauksen tarkastelemia hoitomuotoja olivat erilaiset perheinterventiot, kognitiiviset käyttäytymisterapiat, psykodynaaminen psykoterapia ja muut terapiat, kuten multidimensionaalinen perhekotihoito. Perheterapeuttiset hoitointerventiot (muun muassa multidimensionaalinen, multisysteeminen, funktionaalinen tai lyhytstrateginen perheterapia) ovat tehokkaita hoitomuotoja, mutta ne eivät ole vielä käytössä Suomessa, lukuun ottamatta multidimensionaalista perheterapiaa. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa ei voida antaa laajalti, koska terapeutteja on vielä vähän. Psykodynaamisesta psykoterapiasta on yksi tutkimus, joka on tehty osasto-oloissa, kun nykyään on tarkoitus hoitaa käytöshäiriöiset nuoret avohoidossa. Käytöshäiriön hoito vaatii edelleen kehittämistä ja tutkimustietoa. Nämä nuoret tarvitsevat myös yhteistyötä terveydenhuollon ja lastensuojelun kesken, sen sijaan, että nuorta siirrellään edestakaisin lastensuojelun ja terveydenhuollon välillä.

Muissa diagnoosiryhmissä ei ollut merkittäviä eroja sijoitettujen ja ei sijoitettujen välillä. Sijoitetut nuoret oireilevat useimmiten ulospäin suuntautuneesti, kuten käytös-, uhma-kuus- tai tarkkaavuuden häiriöllä. Näitä oireita on useimmiten hankalampi hallita ja ne voivat johtaa sijoitukseen. Nuoret voivat myös oireilla tällä tavoin aikaisempia kuormittavia elämäntilanteita. Olisikin tärkeää tietää, onko taustalla traumaperäinen stressihäiriö tai siihen viittaavaa oireilua. Kuormittavat elämäntapahtumat kuten esimerkiksi perheväkivalta voi altistaa masennus- ja ahdistusoireilulle, traumaperäiselle stressihäiriölle (PTSD), sekä sillä voi olla haitallisia vaikutuksia keskushermoston informaation käsitteilyyn. (Mäkelä 2014, 10.) Kuormittavat elämäntapahtumat ovat kuitenkin myös käytöshäiriön oleellisia riskitekijöitä (Ebeling ym. 2004, 37).

Mannisen (2015, 5) koulukotitutkimuksessa tuli esille, että koulukotinuorten itsemurhariski on seitsemänkertainen verrokkeihin verrattuna. 26,5 % kuolleista koulukotinuorista oli tehnyt itsemurhan. Psykiatriset häiriöt ovat yleisiä koulukotinuorilla ja häiriöt tulisi hoitaa jo nuoren ollessa sijaishuollossa.

7.1.3 Päihteiden käyttö ja tupakointi

Sijoitetut nuoret raportoivat alkoholin käyttönsä suuremmaksi kuin muut osastonuoret. Mannisen (2015, 5) koulukotitutkimuksen mukaan kuolleisuuden suurin syy on päihteiden käyttö. Koulukotinuorilla on 24- kertainen riski kuolla päihteiden käyttöön. Kolmas riski oli liikennekuolemat, joihin liittyi vahvasti myös päihteiden käyttö. Tutkimuskohortista vuonna 1991 syntyneistä on kuudesosa jo kuollut jo nuorina aikuisina. Kanadalaisen tutkimuksen (Pattersson 2015, 4-6) mukaan kodittomat sijaishuollossa olleet nuoret aloittivat sekä alkoholin, että huumeiden käytön todennäköisemmin kuin ei sijaishuollossa olleet. He myös aloittivat päihteiden käytön aiemmin. Heneghanin ym. (2012, 634) tutkimuksen mukaan sijoitetuilla on 2.12 kertainen riski päihteiden käytön aloittamiseen kuin muilla.

Persin & Sissonin (2008, 88) sekä Koposen (2010, 4078) mukaan sijoitetut ja ei-sijoitetut nuoret eivät eronneet merkittävästi toisistaan päihteiden käytön osalta. Tässä tutkimuksessa tulokset kertovat sijaishuollon nuorten haitallisemmasta alkoholin käytöstä. Osastohoidossa olevat sijoitetut nuoret saivat alkoholin käyttöä mittaavan AUDIT-kyselyn mukaan suuremmat pistemäärät kuin muut. Sijoitetuilla AUDITin keskimääräinen pistemäärä oli 6.0. Se ylittää haitallisen käytön rajan, jos nuorille arvioidaan haitallisen käytön pistemääräksi 3-4 p. Ei-sijoitetuilla nuorilla keskimääräinen pistemäärä tämän tutkimuksen mukaan oli 3.6.

Tämän tutkimuksen mukaan sijoitetut myös raportoivat huumeiden käyttönsä korkeammalle, kuin ei-sijoitetut. Tutkimuksessa eroteltiin kannabis muista laittomista huumeista. Kannabista oli käyttänyt sijoitetuista 27.5 % ja ei-sijoitetuista 6.2 %. Muita laittomia huumeita, lääkkeitä päihtymystarkoituksessa, imppaamista tai inhalanttia oli sijoitetuista käyttänyt 37.5 % ja ei-sijoitetuista 9.3 %. Ero sijoitettujen ja ei-sijoitettujen välillä on erittäin merkitsevä.

Sijoitettujen nuorten päihteiden käytöstä on vähän ja ristiriitaista tietoa. Myös päihdehäiriöisten nuorten hoito on vielä jäsentymätöntä ja heidän hoitoaan toteutetaan eri tavoilla ja eri paikoissa. Päihteitä käyttäviä nuoria voidaan hoitaa lastensuojelu- ja mielenterveyslain mukaisesti. Usein näitä nuoria hoidetaan lastensuojelun laitoksissa ja päihdekierre

voidaan katkaista erityisen huolenpidon jaksolla tietyissä lastensuojelulaitoksissa. Nuorisopsykiatrisen hoito tulee kyseeseen silloin, kun nuorella ilmenee myös muu mielenterveyden häiriö ja sairaalahoidon tarve on ilmeinen. Esimerkiksi amfetamiinin käytön yhteydessä voi ilmetä harhaluuloja ja silloin täytyy arvioida, johtuvatko harhaluulot psykiatrisesta sairaudesta vai huumeista. Aikaisin alkaneen päihdehäiriön ennuste on kuitenkin huono. (Pirkola & Marttunen, 2001, 1591–1597.)

Tupakointi on vähenemässä nuorten keskuudessa. Sen sijaan sähkösavukkeiden käyttö on hieman lisääntynyt. (Kinnunen 2015, 21–22.) Nuorista suuri osa ei halua enää tupakoida ja tupakoinnin vaaroista ollaan enemmän tietoisia (Ollila 2014, 48). Sijaishuollon nuorista suuri osa kuitenkin tupakoi ja erot muihin nuoriin on isot. Tämän tutkimuksen mukaan neljännes sijoituksessa olleista ei ole koskaan tupakoinut, kun muista nuorista melkein kaksi kolmannesta ei ollut tupakoinut. Sijaishuollossa olevista nuorista tupakoi säännöllisesti 37.5 % ja muista nuorista reilu viidennes. Aineiston keruuajankohtana luku on verrannollinen tupakointitilastoihin kyseisinä vuosina (Kinnunen 2015, 75). Sijaishuollon nuorten tupakoinnista on hyvin vähän tietoa. Salomäen ja Rautalahden (2008) kyselyn mukaan jopa 60 % sijaishuollon nuorista tupakoi. Sijaishuollon nuorten tupakoinnin yleisyys on huolestuttavan paljon korkeampi. Käytöshäiriöt altistavat myös aikaiselle tupakoinnille (Ilomäki 2013, 114–115) ja kun sijoitetuilla on paljon käytöshäiriöitä, niin tällä saattaa olla myös yhteyttä.

7.1.4 Hoitoontuloikä

Sijoitetut nuoret ovat tulleet nuorempina psykiatrisen hoidon piiriin. Yli neljällä kymmenestä oli hoitokontakti jo alle 12- vuotiaana. Myös Kiurun ja Metterin (2014, 152) mukaan lastensuojelun asiakkaat tulivat nuorempina hoitoon. Psykiatrisessa hoidossa yhteisasiakkaista oli 78 % 12–15 – vuotiaita. Vanhimmassa ikäluokassa (17 v.) yhteisasiakkaita oli vain 6 % kun ei-yhteisasiakkaita oli 27 %. Sijoitetut nuoret saattavat oireilla voimakkaammin ja ulospäinsuuntautuneemmin ja siitä huolestutaan mahdollisesti aiemmin kuin sisäänpäin suuntautuneesta oireilusta (kuten masennus). Sijaishuoltoapaikoissa voi olla myös ristiriitoja ja pärjäämättömyyttä nuoren kanssa ja silloin lähestytään helposti ja nopeammin osastohoitoa. Nuorisopsykiatrisen osasto ei ole kuitenkaan mikään rankaisukeino, jos sijaishuoltoapaikassa ei pärjätä. Nuori voi kokea hylkäämisenä äkillisen toimitamisen sairaalahoitoon. Usein nuorella on käytöshäiriö ilman muuta vakavaa psykiatrista

häiriötä. Parempi keino tällaisissa tilanteissa olisi saada asiantuntevaa psykiatrasta apua sijaishuoltopaikkaan. (Koponen 2010, 4076.)

Sijoitetut nuoret tiedetään riskiryhmäksi psykiatrisen sairastavuuden osalta (Pilowsky 2006, 354; Persi & Sisson 2008, 96; 342; Szilagyí ym. 2015, 1162), mutta on kuitenkin positiivista, että moni nuori kuitenkin saa varhain psykiatrasta apua. Katajan ym. (2014, 50) rekisteritutkimuksessa pohdittiin, että lastensuojelu ohjaa nuoria nykyisin psykiatriseen hoitoon osana selviytymissuunnitelmaa, joka saattaisi selittää suuremmat luvut mielenterveyspalveluissa. Toisaalta kuitenkin monet hoitokontaktit kertovat varhaisista mielenterveydenhäiriöistä jo usein ennen sijoitusta. Monesti psykiatrinen hoitajakso saattaa olla kuitenkin tutkimusjakso, jossa arvioidaan lapsen tai nuoren tilanne sijoitusta mietittäessä. (Kestilä, 2012, 614.) Tutkimusjakso olisikin hyvä vaihe arvioida nuoren psykiatrinen vointi tarpeeksi riittävästi, jotta voidaan varmistua oikeanlaisesta sijoituspaikasta. Tutkimusjakso voi sisältää osastojakson, jonka sisältö ja kesto ovat tarpeenmukaisia ja joka on suunniteltu kartoittamaan nuoren psykiatrisen tuen tarvetta. (Koponen 2010, 4072.) Sijoituspaikassa olisi hyvä olla nuoren tarpeisiin soveltuvaa psyykkistä tukea, jotta nuoren ei tarvitsisi vaihtaa sijoituspaikkaa saaden lisää kuormittavia tekijöitä elämäänsä ja kokea hylkäämisen tunteita jälleen. Sijoituspaikan vaihto voi johtaa laitospöytäkirjaan ja laitospöytäkirjojen jatkuvaan vaihtamiseen, mikä ei tue nuoren kehitystä kiinteitten ihmissuhteitten vaihtuessa jatkuvasti. Koulukotinuorilla on yleensä useita sijoituksia, keskimäärin 3.6/ tutkittava nuori. Lastensuojelun aineistossa oli myös nuori, jolla oli 64 sijoitusta. (Manninen 2015, 31.)

Nuoren sijoitusikä vaikuttaa nuoren tulevaan pärjäämiseen. Murrosiässä sijoitetut nuoret sijoitetaan yleensä nuoren oman käyttäytymisen tai ongelmien takia eikä sijaishuolto ehdi tai pysty auttamaan ja vaikuttamaan näihin riittävässä määrin. On myös mahdollista, että sijoitus tulee liian myöhään ja ongelmat niin monisyisiä, ettei aika vaan riitä, sijoituksen jäädessä lyhyeksi. Nuorempina sijoitetut pärjäävät aikuisuudessa paremmin kuin teini-iässä sijoitetut. (Kestilä ym. 2012, 615.)

7.2. Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus täytyy suorittaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jolloin se on eettisesti hyväksyttävää ja tulokset luotettavia. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusta tehtäessä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä, tutkimusten ja niiden tulosten arvioinneissa. Tutkimukseen sovelletaan kriteerien mukaisia tiedonhaku- tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä tulosten julkistaminen on avointa ja vastuullista. Tutkimuksen tekijä kunnioittaa muita tutkijoita ja viittaa tutkimuksiin asianmukaisesti. Tutkimus tehdään kokonaisuudessaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti ja tutkimukselle on myönnetty tutkimuslupa sekä sidonnaisuudet hankkeisiin on mainittava. Hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa ei ole käytetty vilppiä eikä siinä esiinny piittaamattomuutta tieteellisestä käytännöstä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-8.) Tutkimuksesta on oltava hyötyä tutkittavalle joukolle (Vilka 2007, 99). Tämä tutkimus tehtiin eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimus on osa KAIFUS (The Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study)- tutkimusta. Tämän tutkimuksen tarkoitus on tuottaa uutta tietoa tästä potilasryhmästä ja jota voi käyttää tämän ryhmän hoidon ja palvelujen kehittämiseen. KAIFUS – hankkeelle on myönnetty psykiatrian eettisen toimikunnan lupa. Tälle tutkimukselle tutkimusluvan on myöntänyt HYKS psykiatrian professori.

Tutkimukseen osallistuvia on tiedotettava asianmukaisesti eikä tutkimukseen osallistuville saa aiheutua vahinkoa tutkimukseen osallistumisesta. (Vilka 2007, 99.) KAIFUS-tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen sai keskeyttää niin halutessaan koska tahansa. Tutkimukseen osallistumisesta annettiin suullinen ja kirjallinen tieto ja kerättiin tietoon perustuva kirjallinen suostumus sekä tutkittavalta nuorelta että hänen huoltajaltaan.

Tutkimuksen teossa on otettava huomioon tutkittavien anonymiteetti. Tutkimuksen tekoa ohjaa lainsäädäntö, jonka tarkoituksena on säädellä sitä, miten henkilötiedot kerätään, käsitellään ja säilytetään. Tietosuojaa tarkoittaa, että ihmisen yksityisyyttä ei loukata ja henkilötiedot muutetaan tunnistamattomaksi. (Vilka 2007, 95.) Tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti ilman tunnistetietoja. Yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa aineistosta. Aineisto on kerätty huolellisesti jokaisesta nuoresta erikseen omaan kansioon ja kansioista tallennettu SPSS 20.0 ohjelmaan paperisten tiedostojen lisäksi. Eettiset näkökohdat

on otettu huomioon tietojen keräämisessä ja tallentamisessa sekä tietojen säilytyksessä 15 vuoden ajan (Lindberg ym. 2015, 8.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliaabelius tarkoittaa toistettavuutta, tulokset ovat samat mittauksesta toiseen ja riippumatta mittajasta/tutkijasta. Reliabiliteetti arvioi mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta toteutuksessa, joka tarkoittaa, ettei satunnaisvirheitä esiinny. Validiteetti on tutkimuksen kykyä mitata tutkimuksessa mitattavia asioita ja siirtää halutun teorian ja ajatuskokonaisuuden mittariin. Validius on hyvä, jos kysytään asioita oikein ja systemaattiset virheet puuttuvat. (Vilka 2007, 149- 150.) Tässä tutkimuksessa on käytetty kansainvälisesti hyväksytyjä päteviä mittareita. Oireilu on mitattu luotettavan ja validoidun puolistrukturoidun haastattelumenetelmän (K-SADS-PL) avulla. K-SADS-PL- menetelmälle on tehty testi-uusintatesti-mittaus ja se on todettu reliaabeliksi ja validiksi (Kaufman ym. 1997, 980, 987). Haastattelua tekivät vain siihen koulutetut hoitajat sekä lääkärit. Otoksen koko on kohtuullisen iso. Otosta ei ole myöskään valikoitu, vaan kaikki tutkimuksen ajankohtana tulleet nuoret osallistuivat tutkimukseen, mikäli heillä ei ollut jotakin poissulkukriteeriä (riittämätön kielitaito, ikä, kognitiivinen heikko taso, liian lyhyt hoito, puuttuvat tiedot tai kieltäytyminen tutkimuksesta). (Rytilä-Manninen 2014, 2023–2024,2030.)

Tutkimuksen rajoituksina voidaan pitää sitä, että tutkimuksesta jäi pois poikia, mikä voi vaikuttaa tulokseen muun muassa ulospäin suuntautuneiden oireiden suhteen. Myös psykoottisen häiriön omaavista nuorista jäi jonkin verran nuoria pois. (Rytilä-Manninen 2014, 2030.) Osa otoksen alaryhmistä oli myös verrattain pieniä, mikä voi vähentää erojen merkitsevyyttä ja heikentää luotettavuutta. Huumeiden käyttäjiä oli pieni määrä, joten tietoa siitä ei voi suoraan yleistää sijoitettuihin nuoriin. Aineiston keräämisen aikaan pelkästään päihdeongelmaiset nuoret hoidettiin myös päihteisiin erikoistuneissa paikoissa. Myös vaikeasti oireilevat syömishäiriöiset nuoret hoidettiin syömishäiriöosastolla. (Rytilä-Manninen 2014, 2030.) Nämä voivat hiukan vääristää tuloksia, koska näitä oireita nuorilla oli tästä syystä vähemmän. Kuormittavien elämäntapahtumien mittaamisessa käytettiin muuttujia kyllä ja ei, kun virallinen mittari Adverse Childhood Experiences International Questionnaire ACE-IQ (WHO) kysyy myös tapahtumien kertoja ja tiheyttä.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu validiteetista ja reliabiliteetista. Kokonaisluotettavuus on hyvä otoksen edustaessa perusjoukkoa. Mittaamisen vähäinen virhemäärä parantaa kokonaisluotettavuutta. (Vilka 2007, 152.) Tutkimuksesta saadaan riittävästi tietoa osastohoidossa olevien sijoitettujen nuorten eroista ei-sijoitettuihin. Mittarit olivat validoituja ja tutkittavat asiat selkeitä. Kohderyhmän keräämiseen oli varattu tarpeeksi aikaa, jotta riittävä otos saatiin muodostettua. Suuri otos kertoo luotettavista tuloksista, kun pienellä otoksella on enemmän sattumanvaraisuutta. Ryhmien vertailuun tarvitaan vähintään 30 havaintoyksikköä joka ryhmästä ja vastaajia pitäisi olla 200–300 (Vilka 2007, 56–57). Sijoitettuja nuoria oli aineistossa 41, joka on pienehkö otos. Otos on kuitenkin riittävä sijoitettujen nuorten ja ei-sijoitettujen väliseen vertailuun. Sijoitettujen ja ei-sijoitettujen nuorten vastaukset luokiteltiin kahteen muuttujaan (ei tai kyllä) ja muuttujia voitiin siten tarkastella ristiintaulukoinnin avulla. Kuormittavista elämäntapahtumista ja AUDIT-kyselystä laskettiin keskiarvot.

Sijoitettuja nuoria ei ollut tutkittu aikaisemmin KAIFUS- hankkeessa, joten samoja muuttujia ei voitu suoranaisesti vertailla muihin tuloksiin. Aikaisemmin on tutkittu kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusta vakaviin mielenterveyden ongelmiin ja yhteydestä sairaalahoitoon. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli KAIFUS- aineisto (206 potilasta) ja verrokkiryhmä (n =203) alueen kouluista. Tutkimuksessa tuli esille, että sairaalaosastojen potilailla on useampia kuormittavia elämäntapahtumia kuin verrokkiryhmään kuuluvilla nuorilla. (Rytilä-Manninen 2014, 2026.)

7.3. Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

KAIFUS- tutkimuksesta tehdään vielä 5- vuotis -seurantatutkimus. Rekisteritiedoista kerätään tiedot nuorten toimintakyvystä, koulutuksesta, kuntoutumisesta ja taloudellisista tuista, työllisyydestä, sairastavuudesta, kuolinsyytiedot sekä perhesuhde ja rikokset. (Lindberg ym 2015, 7). Tämän tutkimuksen pohjalta seurantatutkimuksessa on hyvä selvittää tarkemmin, miten sijoitetut nuoret ovat pärjänneet sairaalahoidon ja sijoituksen jälkeen. Rekisteritietojen pohjalta tiedoista löytyy monta jatkotutkimusaihetta. Sijoitettujen pärjäämistä voi tutkia opiskelu- tai työllistymisrekistereillä vai onko nuori eläköitynyt tai

kuntoutumassa. Myös sairaalahoitojen määrä tai kuolleisuus tuo tärkeää lisätietoa sijoituksen ja sairaalahoidon vaikuttavuudesta. Kun koulukotinuoret ovat tehneet paljon rikoksia sijoituksen jälkeen, on hyvä selvittää tämänkin ryhmän rikollisuutta jatkossa.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin sijoitettujen nuorten kuormittavia elämäntapahtumia, psyykkisiä oireita ja päihteiden käyttöä. Lisätietoa tarvittaisiin sijaishuollon nuorten tupakoinnista sekä päihteiden käytöstä, erityisesti kannabiksen ja muiden huumeiden suhteen. Sijaishuollon nuorilla yleisimpänä psykiatrisena diagnoosina oli käytöshäiriö ja sen tutkimisessa ja hoidossa tällä asiakasryhmällä on paljon tutkittavaa ja kehitettävää.

Tärkeää on pohtia sijoitettujen nuorten toimintakykyä arjessa sekä sosiaalista toimintakykyä muun muassa perheen, vertaistuen ja muiden läheisien suhteen. Mielenkiintoinen näkökulma on myös tutkia sijaishuollon nuorten voimavaroja ja pärjäävyyttä sekä selviytymiskeinoja. Tiedetään, että sijaishuollon nuorilla on paljon kuormittavia elämäntapahtumia taustallaan, mutta oleellista olisi pohtia, mitkä tekijät auttavat nuoria selviytymään niistä. Avun ja tuen saaminen varhaisessa vaiheessa voi ennaltaehkäistä rajuimpien oireiden syntymistä ja helpottaisi kuormittavista elämäntapahtumista selviytymistä. Hyvä sijoituspaikka voi tukea nuoren selviytymistä haasteellisista elämäntapahtumistaan ja tukea oikeanlaiseen kehitykseen. Onkin syytä pohtia, voiko nuorelle järjestää viimeistään sijoitusvaiheessa sellaista psykiatrista tukea, joka auttaa selviytymään kuormittavista elämäntapahtumista tai jopa vaikeista traumaista. Sijoituspaikan valinnassa pitää arvioida nuoren tarpeita tarkemmin tai järjestää nuorelle nuoren tarvitsema tuki sijoituspaikkaan. Sijoituspaikoissa on hyvä olla myös mielenterveys- ja päihdeosaamista. Nämä asiat voisivat ennaltaehkäistä nuorten sairaalahoitoja tai tilanteiden kriisiytymistä. Yhteistyön kehittäminen edelleen terveydenhuollon ja lastensuojelun välillä on oleellinen kehittämisen kohde. Suomessa kuitenkin on jo muutosta tapahtumassa yhteistyön ja muun hoidon kehittämisen suhteen. Sosiaali – ja terveysministeriön kärkihanke Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, LAPE, kokoaa yhteen ja keskittää eri alojen toimijoita yhteisiin osaamiskeskuksiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 21–22, 2016). Hanke myös pyrkii vaikuttamaan ennaltaehkäisevään työhön ja perheiden tukemiseen oikea-aikaisesti sekä sijoitusten vähentämiseen sitä kautta.

LÄHTEET

Aalto, M., Janhunen, M., Laiho, K., Vähäsöini, K., Erkkilä, T., Heikkonen, H. & Mäkitalo, S. 2007. Lastensuojelun käsikirja – verkkopalvelu. Stakes: Sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos Oy.

Aalto M., Alho H., Halme J.T. & Seppä K. 2009. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug and Alcohol Dependence* 103, 25-29.

Babor T.F, Higgins-Biddle J.C, Saunders J.B. & Monteiro M.G. 2001. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. WHO, Geneva, Switzerland.

Bramlett M.D & Radcliff L.F. 2014. Adverse family experiences among children in nonparental care, 2011-2012. *National Health Statistics Reports*. (74):1-8. U.S. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

Bruskas, D. & Tessin, D.H. 2013. Adverse Childhood Experiences and Psychosocial Well-Being of Women Who Were in Foster Care as Children. *Permanente Journal* 17 (3), 131-141.

Chung T., Colby S.M., Barnett N.P., Rohsenow D.J., Spirito A. & Monti P.M. 2000. Screening adolescents for problem drinking: Performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol* 61(4), 579-587.

Costello J, Copeland W & Angold A. 2011. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (10), 1015-1025.

Daepfen, JB., Yersin, B., Landry, U., Pécoud, A. & Decrey, H. 2000. Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Imbedded Within a General Health Risk Screening Questionnaire: Results of a Survey in 332 Primary Care Patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24, (5), 659–665.

Ebeling, H., Hokkanen, T., Tuominen, T., Kataja, H., Henttonen, A. & Marttunen, M. 2004. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* 120, 33–42.

Fagerlund, M., Peltola, M., Kääriäinen, J., Ellonen, N. & Sariola, H. 2014. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset 2013. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja. Tampere: Suomen yliopistopaino- Juvenes Print.

Greeson J.K., Briggs E.C., Kisiel C.L., Layne C.M., Ake G.S., Ko S.J., Gerrity E.T., Steinberg A.M., Howard M.L., Pynoos R.S. & Fairbank J.A. 2011. Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare* 90 (6), 91-108.

Haapasalo-Pesu, K-M. 2012. Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Sillan rakennusta lastensuojelulaitosten ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon välille satakunnassa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Hanhinen, S. & Rintala, T. 2012. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus. Lastensuojelu. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Hilton, R. C., Rengasamy, M., Mansoor, B., He, J., Mayes, T., & Emslie, G. J. 2013. Impact of treatments for depression on comorbid anxiety, attentional, and behavioral symptoms in adolescents with selective serotonin reuptake inhibitor-resistant depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (5), 482–92.

Heino, T., Hyry, S., Ikäheimo, S., Kuronen, M. & Rajala, R. 2016. Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset. HuosTa-hankkeen (2014–2015) päätulokset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2016.

Heneghan, A., Stein, R.E.K., Hurlburt, M.S., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Fisher, E., Landsverk, J. & Horwitz, S.M. 2012. Mental health problems in teens investigated by U.S. child welfare agencies. *Journal of Adolescent Health* 52 (5), 634–640.

Iiomäki, R. 2012. Substance use disorders in adolescence: Comorbidity, temporality of onset and socio-demographic background. A study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. University of Oulu Graduate School; University of Oulu, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Department of Psychiatry. Tampere: Juvenes Print

Järvelin, J. 2016. Psykiatrinen erikoissairaanhoido. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 7/2016.

Kaltiala-Heino, R. 2003. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:7. Helsinki.

Kaltiala-Heino, R., Kaukonen, P., Borg, A-M. 2016. Tutkimukseen lähettäminen ja kirjaaminen. Teoksessa Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Kirsti Kumpulainen, Eeva Aronen, Hanna Ebeling, Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Kaija Puura, Andre Sourander (toim.) 452–459. Helsinki: Duodecim .

Kaivosoja, M & Tolvanen, K. 2016. Lapsen oikeudet ja lastensuojelu. Teoksessa Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Kirsti Kumpulainen, Eeva Aronen, Hanna Ebeling, Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Kaija Puura, Andre Sourander (toim.) 783–788. Helsinki: Duodecim.

Kananen, J. 2011. Kvantti - kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kataja, K., Ristikari, T., Paananen, R., Heino, T. & Gissler, M. 2014. Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (1), 38–54.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. & Ryan, N. 1997. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, (7), 980-988.

Kekoni, T., Kitinoja, M. & Pösö, T. 2008. Erityinen huolenpito koulukodeissa. Stakesin raportteja 36/2008.

Kestilä, L., Heino, T. & Solantaus, T. 2011. Nuorten syrjäytyminen – epäsuotuisia polkuja aikuisuuteen. *Haaste* 1/2011.

Kinnunen, J. M., Pere, L., Lindfors, P., Ollila, H. & Rimpelä, A. 2015. Nuorten tupakatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2015:31. Nuorten terveystapatutkimus 2015. Sosiaali – ja terveysministeriö. Helsinki.

Kiuru, K-E & Metteri, A. 2014. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 146–160.

Koponen, N., Laukkanen, E., Tolmunen, T. & Ovaskainen, S. 2010. Joutuvatko sijaishuoltopaikkojen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle? *Suomen Lääkärilehti* 65 (49), 4073 – 4078.

Kuoppala, T. & Säkkinen, S. 2014. Lastensuojelu 2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos- Tilastoraportti. 26/2014.

Kuoppala, T. & Säkkinen, S. 2015. Lastensuojelu 2014. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos- Tilastoraportti. 25/2015.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Lehto-Salo P. 2011. Koulukotisijoitus- nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämishaasteena. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteen laitos. Väitöskirja.

Lindberg, N., Haravuori, H., Fröjd, S., Holi, M., Joffe, G. & Kettunen, K. 2011. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon kehittämis- ja tutkimushanke. Tutkimussuunnitelma. 20.4.2011. Päivitys 12.11.2015.

Lindberg, N., Ranta, K., Gergov, V., Strandholm, T., Tainio, V-M., Ehrling, L. & Marttunen, M. 2015. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. *Suomen Lääkärilehti* 70, (26–32), 1913–1918.

Lu, W., Mueser, K.T., Rosenberg, S.T. & Jankowski, M.K. 2008. Correlates of Adverse Childhood Experiences Among Adults With Severe Mood Disorders. *Psychiatric Services* 2008 59 (9), 1018–1026.

Manninen, M. 2013. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Väitöskirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Manninen, M. 2014. Koulukodin jälkeen- seurantatutkimuksen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Valtakunnalliset lastensuojelupäivät 30.9.2014 Hämeenlinna. <http://docplayer.fi/3982272-Koulukodin-jalkeen-seurantatutkimuksen-tuloksia.html>

Manninen, M., Pankakoski, M., Gissler, M. & Suvisaari, J. 2004. Adolescents in a residential school for behavior disorders have an elevated mortality risk in young adulthood. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health* 46 (9), 1-7.

Marttunen, M., Kataja, H., Henttonen, A., Hokkanen, T., Tuominen T. & Ebeling, H. 2004. Hyötykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta? *Duodecim* 120, 43–49.

McMillen J. C., Scott, L. D., Zima, B.T., Ollie, M.T., Munson M.R. & Spitznagel, E. 2004. Use of Mental Health Services Among Older Youths in Foster Care. *Psychiatric Services* 55(7), 811–817.

Mercan, M. A. & Barlin, H. 2016. Intergenerational Transmission of Health in Turkey. *International Review of Economics and Management*. 4 (1), 1-13.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Gummerus.

Mäkelä, J. 2014. Lasten altistuminen väkivallalle yksilön, perheen ja yhteiskunnan ongelmana. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.violary.fi/wp-content/uploads/2014/10/Lasten-altistuminen-v%C3%A4kivallalle-yksil%C3%B6n-perheen-ja-yhteiskunnan-ongelmana.pdf> . Luettu 29.10.2016.

Niethammer, O & Frank, R. 2007. Prevalence of use, abuse and dependence on legal and illegal psychotropic substances in an adolescent inpatient psychiatric population. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16 (4), 255–259.

Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Sastamala: Tammi.

Ollikainen, J. 2015. Lastensuojelun tarpeen tunnistaminen terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 70 (33), 2003–2007.

Ollila, H., Ruokolainen, O. & Heloma, A. 2014. Yläkoululaisten tupakointi Suomessa Global Youth Tobacco Survey 2012 -tutkimuksen maaraportti. Raportti 28/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Patterson, M.L., Moniruzzaman, A. & Somers, J.M. 2015. History of foster care among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia: a precursor to trajectories of risk. *BMC Psychiatry* 15 (32), 4-11.

Perhehoitolaki 20.3.2015/263.

Persi, J. & Sisson, M. 2008. Children in Foster Care: Before, During, and After Psychiatric Hospitalization. *Child Welfare* 87, 79-96.

- Pilowsky, D.J. & Wu, L.T. 2006. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health* 38 (4), 351–358.
- Pirkola, S. & Marttunen, M. 2001. Päihteitä käyttävän nuoren tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. *Duodecim* 117, 1591–7.
- PTSD: National center of PTSD. 2016. Life Events Checklist for DSM-5. (LEC-5). http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp. Luettu 1.10.2016.
- Pylkkänen K. Quality guidelines for Adolescent Psychiatry. *Psychiatria Fennica*. (44), 89–94.
- Pylkkänen, K. 2013. Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. NALLE-projektin loppuraportti. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013. http://www.nuorisopsykiatrisen-yhdistys.org/wp-content/uploads/2013/09/SNPY_laatusuositus_1013.pdf
- Pylkkänen, K. & Marttunen, M. 2010. Sijaishuoltonuorten psykiatrisen hoidon tarvetta ei kohdata ajoissa. *Lääkärilehti* 65 (49), 4055.
- Raitasalo, K., Huhtanen, P. & Miekka, M. 2015. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2015. ESPAD-tutkimusten tulokset. Raportti 19/2015. Tampere: Juvenes Print
- Reinert D.F. & Allen JP. 2002. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (26), 2, 272–279.
- Rytilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M. & Fröjd, S. 2014. Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse & Neglect*. (38), 2021–2032.
- Salazar A.M., Keller T.E., Gowen L.K. & Courtney M.E. 2013. Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48 (4): 545–551.
- Salomäki & Rautalahti. 2008. Lasten ja nuorten tupakointi lastensuojelun piirissä. Esitys tuloksista. 18.12.2008. Julkaisematon aineisto. <https://www.lskl.fi/kannanotot-ja-lausunnot/lausunto-sosiaali-ja-terveysministeriolle-tupakkapoliittisia-lakimuutoksia-ja-toimia-valmistelevan-tyoryhman-raporttiin/>
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De La Fuente, J. & Grant, M. 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 88, 791–804.

Seiler, A., Kohler, S., Ruf-Leuschener, M. & Landolt, M.A. 2016. Adverse Childhood Experiences, Mental Health, and Quality of Life of Chilean Girls Placed in Foster Care: an Exploratory Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practise, and Policy* 8 (2), 180-187.

Szilagyi M.A., Rosen D.S., Rubin D. & Zlotnik, S. 2015. Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care. *Pediatrics* 136 (4), 1142-1166.

Sosiaali – ja terveystministeriö 2016. Lapsi ja perhepalveluiden muutosohjelma. Kärkihanke. Hankesuunnitelman luonnos 11.1.2016.

Sosiaali- ja terveystministeriö 2016. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Kärkihanke. Sosiaali- ja terveystministeriön raportteja ja muistioita 2016:29 Helsinki 2016. Luettu 6.11.2016. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74904/Rap_ja_muist_29_2016.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Lastensuojelun käsikirja. Sijaishuollon muodot. <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot>. Luettu 26.10.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Luettu 7.11.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Törölä, M. 2013. Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Oikeuspsykiatristen potilaiden sosiaalinen tausta. Tampere: Juvenes Print.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi.

Virtuaaliammattikorkeakoulu. Tilastollisen analyysin periaatteet. 3. Ylemmän ammattikorkeakoulun metodifoorumi. Luettu 21.11.2015.

Zielinski, D. S. 2009. Child maltreatment and adult socioeconomic wellbeing. *Child Abuse & Neglect* 33 (10), 666-678.

WHO: Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/. Luettu 28.10.2016.