

Nuorten hoitajaksojen tulokset, tavoitteet ja niiden toteutuminen Etapissa vuosien 2005 ja 2010 hoitoyhteenvedoissa

Erika Valtonen  
Opinnäytetyö, Syksy 2011  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Kauniainen  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Kristillisen lapsi- ja nuorisotyön  
suuntautumisvaihtoehto  
Sosionomi (AMK) + kirkon nuorisotyönohjaajan virkakelpoisuus

## TIIVISTELMÄ

Valtonen, Erika. Nuorten Etapin hoitajakson tulokset, tavoitteet ja niiden toteutuminen vuosien 2005 ja 2010 hoitoyhteenvedoissa. Diak Etelä, Kauniainen, syksy 2011, 98s.,5 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Kristillisen lapsi- ja nuorisotyön suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (AMK) + kirkon nuorisotyönohjaajan virkakelpoisuus.

Erityinen huolenpito on lakisääteinen osa lastensuojelun toimintaa. Se on tarkoitettu huostaanotetuille lastensuojelun asiakkaille, joiden elämäntilanne vaatii pysäytystä karkailun, kouluvaikeuksien, päihteidenkäytön, psyykkisten ongelmien, rikollisuuden tai tuhoisan käyttäytymisen vuoksi. Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien yhteydessä toimivan erityisen huolenpidon yksikkö Etapin työryhmällä on ollut pitkään tarve saada sellaista tutkimustietoa, joka auttaa heitä näkemään Etapin hoidon kehittämistarpeita. Opinnäytetyöni tavoitteena oli selvittää, millaisia ongelmia Etapin hoitajakson käyneillä nuorilla on ollut ja miten hoito on niihin vaikuttanut.

Tutkimukseni aineisto oli vuosina 2005 ja 2010 Etapin hoitajakson käyneiden nuorten hoitoyhteenvedot, joita oli yhteensä 69. Tutkimuskysymyksestäni tuli kaksiosainen. Ensiksi tarkastelen sitä, mitkä olivat Etapin hoitajakson vuosina 2005 ja 2010 käyneiden nuorten hoitoon tulokset ja sitä, onko niissä tapahtunut muutos ja millainen tämä muutos on. Toiseksi tarkastelen samojen nuorten hoidolle asetettuja tavoitteita, niissä mahdollisesti tapahtunutta muutosta ja sitä, miten nämä tavoitteet toteutuivat jakson aikana. Tutkin pääkysymystä myös muutamien lisäkysymysten näkökulmista.

Luokittelin hoitoyhteenvedoissa esiintyneet tulokset ja hoidon tavoitteet ryhmiksi niiden samankaltaisuuden perusteella. Tein tutkimusohjelmalla kyselyn, johon vastasin itse. Näin sain aineistoni tutkimusohjelmaan muotoon, joka helpotti analysointia ja tulosten selvittämistä.

Hoitajaksoilla tyttöjä oli enemmän kuin poikia. Pääasiassa tuloksissa ei ollut tapahtunut suuria muutoksia. Kolme yleisintä tulosta olivat karkailu, päihteidenkäyttö ja poissaolot koulusta. Kolmessa tuloksissa oli tapahtunut selkeästi vähenemistä. Hoidon tavoitteissa oli tapahtunut enemmän muutoksia. Kolme yleisintä hoidon tavoitetta olivat koulunkäynnin tukeminen, pysäytys ja psyykkisen kunnon arviointi. Monessa tavoitteessa oli tapahtunut selkeää lisääntymistä tai vähenemistä. Selvästi suurin osa hoidon tavoitteista toteutui tai toteutui osin. Tavoitteiden toteutuminen jäi 16,8 prosenttisesti mainitsematta.

Etapin hoito näyttää olevan tehokasta ja vastaavan hyvin olemassa olevaan tarpeeseen. Hoitoyhteenvedojen kirjaamiseen olisi hyvä kiinnittää huomiota, jotta teksti olisi selkeää ja johdonmukaista, eikä hoitoyhteenvedoista puuttuisi oleellisia tietoja.

Asiasanat: lastensuojelu, erityinen huolenpito, tulokset, hoidon tavoitteet, hoidon vaikuttavuus, hoitoyhteenvedo

## ABSTRACT

Valtonen, Erika

Reasons for seeking care; care objectives and their implementation documented in 2005 and 2010: Youth at the specific care unit Etappi.

98 p., 5 appendices. Language: Finnish. Kauniainen, Autumn 2011.

Diaconia University of applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Option in Christian Youth Work. Degree: Bachelor of Social Services.

Specific care is part of child welfare. It is for clients of child welfare taken in care by local authorities. Etappi is a specific care unit and treats youth needing intervention because of escaping, school difficulties, intoxicant use, psychological problems, delinquency or destructive behavior. My study was commissioned by Etappi. The aim of my research was to find out what kind of problems the youth who have been in Etappi has had and how the treatment has affected them.

My material consisted of 69 documents of those youth who had been in Etappi in the year 2005 or 2010. My aspiration was to find out what the youths' reasons were for seeking care and the objectives of the treatment period. Also I examined how the care objectives had been implemented. In addition, I aimed to find out if there was a change between years 2005 and 2010 and what kind of change it was. I also examined the main questions from the point of view of a few additional questions.

I collected the reasons for seeking care and the care objectives from the documents. The material was organised in themes and analysed using a survey software.

The results showed that treatment periods included more girls than boys. Mainly there were no substantial changes in the reasons for seeking care or care objectives. During the years 2005 to 2010 only few of the reasons for seeking care had decreased in number. However, some of the care objectives had changed in number. The most common three reasons for seeking care were escaping, intoxicant use and being away from school. The most common three care objectives were supporting attendance, intervention and evaluation of mental condition. Most part of the care objectives were implemented. There were surprisingly many objectives whose implementation were not mentioned in the documents.

The care in Etappi seems to be effective and necessary. In documentation, attention could be more paid to clear and logical text as well as sufficient contents.

Keywords: child welfare, specific care, reasons for coming to care, care objectives, effective care, document

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 VARHAINEN VUOROVAIKUTUS JA SEN HÄIRIÖT .....	8
2.1 Kiintymyssuhteen kehittyminen.....	8
2.2 Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden vaikutus lapsen kehitykseen.....	10
3 NUOREN PSYYKKISET HÄIRIÖT.....	13
3.1 Käytöshäiriön ilmeneminen ja syyt.....	13
3.2 Nuorten rikollinen käyttäytyminen .....	15
3.3 Nuoren päihdehäiriö .....	16
3.4 Ahdistuneisuushäiriöt.....	17
3.5 Mielialahäiriöt.....	17
3.6 Itsetuhoinen käyttäytyminen .....	19
4 ERITYINEN HUOLENPITO LASTENSUOJELUN KENTÄLLÄ .....	20
4.1 Erityisen huolenpidon taustaa.....	21
4.2 Erityinen huolenpito uudessa lastensuojelulaissa.....	23
5 ETAPPI – ERITYISEN HUOLENPIDON YKSIKKÖ .....	25
5.1 Etapin perustaminen.....	25
5.2 Etapin rakenteet.....	26
5.3 Etapin nuorten kuvailua .....	28
5.4 Hoitoprosessi.....	29
5.5 Hoitoajattelu.....	30
5.6 Ryhmätoiminta lastensuojelussa ja Etapissa .....	31
5.7 Ryhmien vaikutus yksilöön ja yhteisöön .....	33
6 TUTKIMUSTULOKSIA ERITYISESTÄ HUOLENPIDOSTA JA SEN KALTAISESTA HOIDOSTA.....	35
6.1 Tutkimustuloksia koulukotien erityisen huolenpidon yksiköistä.....	35
6.1.1 Koulukotien erityisen huolenpidon osastojen nuorten asiakirjat.....	36

6.1.2	Seurantatutkimus lähihoito-osastolle sijoitetuista nuorista .....	37
6.2	Kitinojan tutkimus koulukoteihin sijoitetuista nuorista .....	38
6.3	Tehostetun huolenpidon vaikutus nuoren elämään .....	39
6.4	Eriytynen huolenpito osana suomalaista lastensuojelun laitoshuoltoa .....	40
7	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT .....	41
7.1	Etapin toiveet tutkimuksen tavoitteista.....	41
7.2	Tutkimustehtävä .....	42
8	AINEISTO JA ANALYYSI .....	44
8.1	Aineiston kuvaus ja läpikäyminen.....	44
8.2	Analyysimenetelmät.....	45
8.3	Aineiston analyysi ja luokittelu .....	47
8.4	Webropol ja Excel apuvälineenä .....	49
9	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	51
9.1	Kahdeksalla nuorella kaksi hoitajaksoa .....	51
9.2	Sukupuoli- ja ikäjakauma.....	52
9.3	Nuorten tulokset Etapin hoitajaksoille.....	52
9.4	Nuorten Etapin hoitajakson tavoitteet .....	56
9.5	Tulosten ja tavoitteiden vertailua.....	59
9.6	Hoidon tavoitteiden toteutuminen .....	61
9.7	Nuoren sijoituspaikan vaihtuminen ja hoidon tavoitteiden toteutuminen..	65
9.8	Ryhmään osallistuminen suhteessa tuloksiin.....	66
9.9	Tulosten vertailua aikaisempiin tutkimustuloksiin .....	67
9.10	Hoitoyhteenvetojen kirjaamisen tarkastelua .....	68
10	EETTINEN POHDINTA.....	70
11	POHDINTA .....	72
	LÄHTEET .....	76
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Lastensuojelussa näyttää olevan yhä enemmän monin eri tavoin oireilevia ja vaikeahoitoisia lapsia, joille perinteinen lastensuojelun laitoshoido ei riitä. Erityinen huolenpito on tarkoitettu näille huostaan otetuille lastensuojelun asiakkaille ja sen tehtävänä on pysäyttää lapsen vahingollinen käytös. Erityinen huolenpito määriteltiin laissa ensimmäisen kerran vuonna 2006. (Myllärniemi 2006, 61–63; Hoikkala 2006; Laki lastensuojelulain muuttamisesta 2006; Rätty 2007, 381–383; Lastensuojelulaki 2008.)

Erityistä huolenpitoa voidaan järjestää erillisessä yksikössä, joka on perustettu vain erityistä huolenpitoa varten. Helsingin Mellunmäessä, Naulakallion hoito- ja kasvatuskodeissa toimiva Etappi on erityisen huolenpidon tarpeeseen perustettu yksikkö. Etappi on toiminut jo vuodesta 1996. Virallinen erityisen huolenpidon yksikkö se on ollut kuitenkin vasta vuodesta 2006, mutta rakenteet ja hoidon sisältö ovat pysyneet pääasiallisesti samankaltaisena Etapin perustamisesta alkaen. (Hujala 2004, 268; Kovanen, Lehto, Tapionlinna & Tervonen-Arnkil 2001, 9; Honkalampi 2011.)

Etappi tarjoaa lyhytaikaista hoitoa ja huolenpitoa 12–17-vuotiaille nuorille, joiden elämäntilanne vaatii pysäyttämistä kuljeskelun, karkailun, kouluvaikeuksien, päihteiden, psyykkisten ongelmien, rikollisuuden tai tuhoisan käyttäytymisen vuoksi. Etapin hoidon sisältö pohjaa Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien ajatukseen nuorista, joilla on varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvä kehityshäiriö, joka näkyy esimerkiksi käytöshäiriöisyytenä. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Etappi on toiminut 15 vuotta, mutta sen hoidosta ei ole tehty montakaan tutkimusta. Tein työharjoittelujakson Etapissa keväällä 2011. Yksi harjoitteluni keskeisistä tavoitteista oli löytää opinnäytetyön aihe, joka hyödyttäisi Etapin hoitoa jollakin tavalla. Etapin työntekijöiden kanssa käymieni keskustelujen pohjalta päädyin tutkimaan Etapin hoitojakson vuonna 2005 ja 2010 käyneiden nuorten tulosityitä, hoidon tavoitteita ja tavoitteiden toteutumista. Tarkoitukseni oli etsiä

hoitoyhteenvedoista yleisimpiä tulosityitä ja hoidon tavoitteita sekä tutkia hoidon vaikuttavuutta hoidon tavoitteiden toteutumisen kautta.

Opinnäytetyöni koostuu teoriaosuudesta ja tutkimusosasta. Työn teoriaosudessa kuvaan varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden ja kiintymyssuhdehäiriöiden vaikutusta lapsen kehitykseen ja myöhempään nuoruuden psyykkisiin ongelmiin. Psyykkisistä ongelmista käsittelen nuoren käytöshäiriötä, rikollista käyttäytymistä, päihdehäiriötä, ahdistuneisuushäiriötä, mielialahäiriötä ja itsetuhoista käyttäytymistä. Edellä mainitut liittyvät oleellisesti Etapissa hoidettavien nuorten oireiluun ja tämä kävi ilmi myös tekemästäni tutkimuksesta. Näiden lisäksi teoriaosuuteni sisältää kuvauksen ryhmähoidon menetelmistä. Esittelen myös erityiseen huolenpitoon tai sen kaltaiseen hoitoon ja vaikeahoitoisiin nuoriin liittyviä tutkimustuloksia.

Tutkimusosio sisältää tutkimustehtävän, aineiston ja käyttämäni analyysimenetelmien esittelyn. Analysoin ja luokittelen aineiston ja kerron tekemäni tulokset ja johtopäätökset. Lopuksi pohdin tutkimukseni onnistumista ja luotettavuutta sekä esitän kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia.

Tutkimukseni tavoite on tuoda nuorten tulokset ja tavoitteet sekä niissä tapahtuneet muutokset selkeästi esille. Tavoitteiden toteutumisen kautta Etapin työryhmä saa merkittävää tietoa siitä, miten hoidossa on onnistuttu. Tulosten perusteella työryhmä voi arvioida, vastaako nykyinen hoito olemassa olevaan tarpeeseen vai tuleeko hoitoa kehittää johonkin tiettyyn suuntaan. Tutkimuksen tekemiseen minua motivoi siihen olemassa oleva tarve ja työelämän tutkimuksestani saama hyöty.

## 2 VARHAINEN VUOROVAIKUTUS JA SEN HÄIRIÖT

Suurimmalla osalla laitoshuoltoon sijoitetuista nuorista on ollut elämässään kehityksen esteitä. Erityisen huolenpidon yksikkö Etapin hoidon sisältö perustuu Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien ajatukseen siitä että, nuorten käytöshäiriöiden taustalla on varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvä kehityshäiriö. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan vauvan ja vanhemman yhdessä olemista, kokemista ja tekemistä. Vuorovaikutussuhteessa vauva ja vanhempi vaikuttavat molemmat toisiinsa. (Leijala 2008.) Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus on heidän kehitysmahdollisuuksiensa kohtaamista. Jokaisella vauvalla ja hänen vanhemmillaan on omanlaisensa vuorovaikutus. Jotkut vuorovaikutustilanteet voivat olla vanhemmille hankalia ja vastaavasti toiset tilanteet taas helpompia. Vuorovaikutuskokemukset vaikuttavat tunteiden ja ajattelun kehitykseen. (Siltala 16–17; Punamäki 2001, 174.) Varhainen vuorovaikutus luo pohjan myöhemmille vuorovaikutussuhteille. (Leijala 2008). Lapsen psyykinen kasvu minuuden saavuttamiseksi rakentuu hoitajan ja lapsen välisessä vuorovaikutussuhteessa (Keltikangas-Järvinen 2010, 119). Lapsuuden varhaiset vuodet luovat perustan ihmisen persoonallisuuden kehitykselle, ja tällöin tapahtuneet vauriot voivat vaikuttaa pitkälle elämään (Keltikangas-Järvinen 2010, 163–164).

### 2.1 Kiintymyssuhteen kehittyminen

Sosiaalisten suhteiden perusedellytykset luodaan jo vauvaiässä. Perusedellytysten syntymiseen vaikuttaa lapsen mahdollisuus rakentaa varhaisessa vuorovaikutuksessa kiintymyssuhde ensisijaiseen hoitajaansa. Aikuisiän ihmissuhteet heijastavat lapsuuden kiintymyssuhteita ja niiden turvallisuutta (Keltikangas-Järvinen 2010, 153.)

Turvallinen kiintymyssuhde syntyy siitä, kun sama ihminen on lapsen saatavilla ja hoitaa tätä riittävän pitkään, vähintään noin yhden vuoden ikäiseksi. Lapsi rakentaa hoitajastaan mielikuvan, kun hän on oppinut tunnistamaan häntä aina



hoitamaan tulevan saman tutun ihmisen. (Keltikangas-Järvinen 2010, 155–156.) Kiintymyssuhteessa syntyneet mielikuvat ensisijaisesta kiintymyksen kohteesta vaikuttavat ihmiseen kykyyn tehdä psyykkistä työtä eli käsitellä negatiivisia tunteita niin, ettei suuttumus johtaisi aina aggressiiviseen käytökseen. (Keltikangas-Järvinen 2010, 154.) Lapsen rakentama mielikuva hoitajasta lohduttaa häntä, kun hoitaja ei ole läsnä. Mielikuvat edesauttavat psyykkistä työskentelyä ja psyykkisellä työskentelyllä pidetään yllä mielenterveyttä. Kiintymyssuhteen merkitys ilmenee myös aikuisuudessa kykyä muodostaa hyviä ja pitkäaikaisia ihmissuhteita sekä kestää ihmissuhteissa eteen tulevia vaikeuksia. (Keltikangas-Järvinen 2010, 155.)

Lapselle voi kehittyä turvaton tai turvallinen kiintymyssuhde. Turvaton kiintymyssuhde jaetaan välttelevään ja torjuvaan kiintymyssuhteeseen. (Keltikangas-Järvinen 2010, 153.) Erittäin vaikeissa olosuhteissa kasvanut lapsi voi olla myös täysin kiinnittymätön, koska kiinnittymisen kohdetta ei ole vain ollut lapsella saatavilla (Kalland 2001, 214).

Turvallisesti kiintynyt lapsi huolestuu äidin lähtiessä ja on iloinen äidin palatessa. Tällainen lapsi on oppinut luottamaan siihen, että äiti on saatavilla. Turvallisesti kiintyneiden lasten äidit reagoivat lapsen viesteihin herkimmin, johdonmukaisesti ja asianmukaisella tavalla. Turvattomassa välttelevässä kiintymyssuhteessa lapsi ei ole kovinkaan huolestunut jäädessään jopa aivan vieraan ihmisen seuran ja äidistä eroamisen jälkeen jälleennäkemisessä lapsi välttelee äitiä. Välttelevästi kiintyneet lapset pyrkivät olemaan osoittamatta tarvitsevuuttaan äidistä välttelemällä kielteisten tunteiden ilmaisua. Välttelevästi kiintyneiden lasten äidit eivät ole lasten saatavilla eivätkä vastaa lapsen viesteihin. Turvattomassa torjuvassa kiintymyssuhteessa lapsi järkyttyy joutuessaan äidistä eroon, mutta äidin palattua lapsi vastustaa tarvitsemaansa lohdutusta. Näiden lasten äidit toimivat epäjohdonmukaisesti ja heidän vuorovaikutustapansa ovat vaikeasti ennakoitavia. (Keltikangas-Järvinen 2010, 154, Ainsworth 2001, 35–37.)

Lapsen ensimmäiset kaksi ja puoli ikävuotta on kriittinen aika kiintymyssuhteen kehittymiselle. Tähän mennessä kiintymyssuhde on joko syntynyt tai jäänyt tur-

vattomaksi. Kuitenkin adoptiolasten tutkimusten mukaan turvallinen kiintymyssuhde on mahdollista luoda hyvässä adoptioperheessä vielä seitsemän vuoden iässä. Tosin tällöin kiintymyssuhteen luominen on työläämpää ja vie enemmän aikaa kuin kiintymyssuhteen kehitys oikeassa ikäkaudessa. (Keltikangas-Järvinen 2010, 154.) Merkittävät muutokset lapsen elämässä, kuten vanhempien avioero tai sisaruksen syntymä, saattavat aiheuttaa muutoksia lapsen kiintymyssuhteessa. Kun lapsen perheolot ja suhteet tärkeisiin ihmisiin pysyvät melko samanlaisina, voidaan olettaa, että lapsen kehityspolku myös kiintymyssuhteen osalta pysyy melko vakaana. (Hautamäki 2001, 52–53.)

Ensimmäisen ja välttämättömän kiintymyssuhteen kehittyessä lapsi kykenee samanaikaisesti muodostamaan kiintymyksellisen suhteen myös muihin häntä hoitaviin henkilöihin, kuten isään. Lapsen suhde isään on erilainen kuin suhde äitiin, mutta silti isäsuhde on lapsen kehitykselle välttämätön alusta asti. Varhain kehittynyt kiintymys isään helpottaa lapsen itsenäistymistä ja myöhemmin elämässä lapsen itsetunnon rakentumista. (Keltikangas-Järvinen 2010, 157–158.)

## 2.2 Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden vaikutus lapsen kehitykseen

On saatu tieteellistä näyttöä siitä, että vakava varhainen traumatisoituminen ja pitkäaikainen hoidon laiminlyönti ovat yhteydessä monenlaisiin ongelmiin, joista osa on huonosti hoitoyrityksiin reagoivia (Sinkkonen 2011, 253). Lapsen sijoitus katkaisee aina terveen kehityksen perustana olevan turvallisen kiintymyssuhteen kehittymisen. Etenkin lastensuojelun toimenpiteenä sijoitetulta lapselta puuttuu lisäksi kokemus turvallisista kiintymyssuhteista. Huostaanotolla ja sijoituksella pyritään tarjoamaan lapselle kehitystä suojaava kasvuympäristö. (Kalland 2011, 207.)

Vuosina 2007 ja 2008 julkaistuissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että puutteet lapsuuden kiintymyssuhteessa ovat yhteydessä murrosiän aggressioon. Tutkimuksissa ilmeni myös, että onnistunut kiintymyssuhde johti hyvään itsetuntoon ja tämän myötä myös vähensi aggression ilmenemistä. Tulosten perusteella lasten kiintymyssuhteen turvaaminen olisi paras apu aggression vähentämi-

seen. (Keltikangas-Järvinen 2010, 158.) Jari Sinkkosen esittelemien tutkimustulosten (Fonagy & Target 1997) mukaan tutkimuksissa myös turvattoman kiintymyssuhteen ja käytöshäiriöiden välillä on ilmennyt yhteyksiä, mutta niitä ei ole voitu määritellä tarkasti (Sinkkonen 2005, 162).

Jos vanhempi ei kykene määrällisesti tai laadullisesti riittävään vuorovaikutukseen lapsensa kanssa, lapsen aivojen kehitys ja tunne-elämän säätely vaarantuu (Mäntymaa & Puura 2011, 24). On tyypillistä, että kiinnittymisessä varhain vaurioituneelle lapselle kehittyy ongelmia ihmissuhteissa, tunne-elämässä, käyttäytymisen kontrollissa ja kognitiivisessa kehityksessä (Kalland 2001, 207).

Varhaisessa ihmissuhteessa opitut sisäiset mallit läheisyydestä, turvasta ja omasta arvosta ovat kiintymyssuhdeteorian mukaan melko pysyviä (Punamäki 2001, 175). Lapsen varhaisen perusturvan syntyminen vaikuttaa hyvän itsetunnon ja itseluottamuksen syntymiseen. Itsetunto ja itseluottamus taas vaikuttavat ihmisen kykyyn arvostaa muita ihmisiä. Perusturva syntyy varhaisessa äiti-lapsisuhteessa lapsen tunteesta siitä, että hänestä huolehditaan. Kasvaessaankin lapsi tarvitsee aikuisen läsnäoloa kokeakseen turvallisuuden tunnetta. Tällöin aikuisen läsnäolo voi olla enemmän emotionaalista läsnäoloa ja ajallisesti riittävästi lapsen käytettävissä olemista. (Keltikangas-Järvinen 2010, 158–159.)

Psyykkisen kehityksen teoriassa jokaisella ikäkaudella on oma kehitystapahtumansa. Epäsuotuisasti toteutunutta kehitystapahtumaa on vaikea korjata jälkeinpäin. Persoonallisuus rakentuu kerros kerrokselta ja edellisen kehitysvaiheen häiriö saattaa heikentää seuraavan kehitysvaiheen onnistumista. Mitä varhaisempi kehitysvaihe on kyseessä, sitä useammalle psyyken ja kehityksen tapahtumalle se on lähtökohtana. Mitä vakavampi psyykkinen häiriö on kyseessä, sitä varhaisemmassa kehitysvaiheessa se on syntynyt. Kaikki poikkeamat kehityksen olosuhteissa eivät välttämättä ilmene häiriönä, mutta ne ovat riskejä häiriön ilmenemiselle. (Keltikangas-Järvinen 2010, 161–162.)

Vaikeuksiin vauvan ja vanhemman vuorovaikutuksen välillä tulisi puuttua mahdollisimman varhain. Aivojen joustavuus mahdollistaa kuitenkin haitallisten vaikutusten korjaamisen myöhemminkin. (Mäntymaa & Puura 2011, 27.) Ihmisen

persoonallisuus kehittyy varhaiseen aikuisikään asti. Erityisesti murrosiässä aivoissa tapahtuu sellaista kehitystä, joka voi muuttaa ihmisen koko persoonallisuuden. Tämä vaihe on tärkeä mahdollisuus korjata varhaislapsuudessa tapahtuneita virheitä, jos niitä ei ole aiemmin saatu korjattua. (Keltikangas-Järvinen 2010, 163–164.)

### 3 NUOREN PSYKKISET HÄIRIÖT

Yhä suurempi osa nuorista voi huonosti. Joka viidennen suomalaisnuoren mielenterveys oireilee häiriötasoisesti. (Aalto-Setälä, Terhi 2010.) Suurimmalla osalla lastensuojelun piirissä olevista nuorista on psyykkisiä ongelmia. Monilla on vaikeita traumoja ja myös varsinaisia mielenterveysongelmia. (Taipale 2006, 167; Taskinen 2004, 141.) Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien näkemys psyykkisesti oirehtivien lasten ja nuorten hoidosta näkyy myös Etapin hoitoajattelussa (Kovanen ym. 2001, 3). Huostaanoton yhteydessä nuoren psyykinen terveydentila voidaan arvioida. Mielenterveysongelmista kärsivien ja niihin psykiatriasta hoitoa tarvitsevien nuorten määrä lastensuojelulaitoksissa on lisääntynyt. Myös päihteidenkäyttö on lisääntynyt. Vaikeimmin oirehtiville nuorille on perustettu lastensuojeluun paremmin varustettuja erityisyksiköitä. (Taipale 2006, 167, 169–170.)

Etapin hoito perustuu ajatukseen nuorista, joilla on varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvä kehityshäiriö, joka ilmenee käytöshäiriöisyytenä. Hoitoa tarjotaan nuorille, jotka oireilevat kuljeskelemalla, karkailemalla, kouluvaikeuksilla, päihteidenkäytöllä, psyykkisillä ongelmilla, rikollisuudella tai muulla tuhoisalla käytöksellä. (Etapin perehdytyskansio 2008.) Nämä nuorten ongelmat näkyivät myös tutkimassani aineistossa oleellisesti ja tarkastelen tässä luvussa niitä yksityiskohtaisemmin.

#### 3.1 Käytöshäiriön ilmeneminen ja syyt

Viime vuosikymmenten kuluessa käytöshäiriöt ovat lisääntyneet. Käytöshäiriö tarkoittaa lapsuus- tai nuoruusiässä alkavaa muiden perusoikeuksia ja ikäkautteen kuuluvia sosiaalisia normeja rikkovaa pitkäkestoista epäsosiaalista käyttäytymistapaa. Käytöshäiriö on yleisempää pojilla kuin tytöillä. Käytöshäiriöiden yleisyys lapsilla ja nuorilla vaihtelee 3 ja 14 prosentin välillä riippuen tutkimuksesta. Pojilla käytöshäiriöt alkavat keskimäärin 7 ja tytöillä 13 vuoden iässä. Käytöshäiriöiset tytöt ja pojat oireilevat eri tavoin. Käytöshäiriön vaikeutuessa

oireet kuitenkin samankaltaistuvat. Nuoruusiän käytöshäiriötä edeltävät usein lapsuudessa ilmenneet temperamentti-ongelmat, käytösongelmat ja koulunkäynnin vaikeudet. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99.)

Käytöshäiriöiden muotoja ovat käytöshäiriötä edeltävä uhmakkuushäiriö, perheen sisäinen, sosiaalinen ja epäsosiaalinen käytöshäiriö, masennusoireinen häiriö sekä hyperkineettinen käytöshäiriö, joka on samanaikainen käytös- ja tarkkaavaisuushäiriö. Käytöshäiriö voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea. Käytöshäiriö voi ilmetä lapsena, ennen 10. ikävuotta, tai nuorena, 10 vuoden ikäisenä tai sen jälkeen. Käytöshäiriöiden oireet luokitellaan neljään alaryhmään, jotka ovat aggressiivisuus ihmisiä ja eläimiä kohtaan, omaisuuden tuhoaminen, vilpillisyys tai varkaus ja vakava sääntöjen rikkominen. Jotta käytöshäiriödiagnosi voidaan antaa, kolmen edellä mainitun ryhmän oireita pitää ilmetä. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 100–101; Suvisaari, Manninen 2009.) Sääntöjen rikkominen voi näkyä esimerkiksi karkailuna ja nuorelle asetettujen rajojen rikkomisena (Huttunen 2010).

Lapsena alkavaa käytöshäiriötä pidetään vakavampana kuin nuoruudessa alkavaa ja siihen liittyy useammin neuropsykologisia ongelmia, uhmakkuushäiriötä, aggressiivisuutta ja perheessä esiintyviä riskitekijöitä, kuten päihteiden käyttöä ja rikollisuutta. Nuoruusiässä alkavan käytöshäiriön yksi merkittävä riskitekijä on käytöshäiriön suuntaan vetävä ystäväpiiri. Käytöshäiriöisen nuoren tyypillisiä piirteitä ovat huono empatiakyky, taipumus tulkita väärin toisten tekojen syitä, kyvyttömyys kokea katumusta tai syyllisyyttä, huono itsetunto ja pettymyksen-sietokyky sekä varhain alkava seksuaalielämä ja päihteidenkäyttö. Käytöshäiriönuorelle sosiaalinen selviytyminen on hankalaa ja kaverisuhteissa on vaikeuksia. Myös koulunkäynnissä voi olla ongelmia. Usein käytöshäiriöinen nuori kärsii muista psykiatrisista häiriöistä samanaikaisesti. Tällaisia häiriöitä ovat tarkkaavaisuus-, päihde-, mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöt sekä tytöillä myös syömishäiriöt. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 101.)

Perinnöllinen alttius vaikuttaa käytöshäiriön kehittymiseen. Käytöshäiriön riskitekijöitä ovat äidin raskaudenaikainen tupakointi ja alkoholinkäyttö sekä lapsen kasvuympäristöön liittyvät perheen sisäiset vaikeudet. Käytöshäiriön ennuste on

sitä suotuisampi, mitä aikaisemmin ongelmaa aletaan hoitaa. Käytöshäiriö lisää merkittävästi aikuisiän mielenterveys- ja päihdehäiriöiden sekä rikollisuuden riskiä. (Suvisaari & Manninen 2009.)

### 3.2 Nuorten rikollinen käyttäytyminen

Uhmakas käytöshäiriö on yksi lapsen rikollisen käyttäytymisen riskitekijöistä (Haapasalo 2006). Nuorten rikokset ovat paljon esillä mediassa. Monelta taholta kuuluu, että nuorten rikollinen käyttäytyminen olisi lisääntynyt. Saksan nuorten rikollisesta käyttäytymistä kertovat tilastot vuodelta 2000 osoittavat, että nuorisorikollisuus ei ole kovin yleistä. Tilastojen mukaan 2 prosenttia alle 14-vuotiaista lapsista ja 7 prosenttia nuorista syyllistyy rangaistaviin tekoihin. Suurin osa näistä lapsista ja nuorista syyllistyvät rikollisiin tekoihin ohimenevässä elämänvaiheessa, eikä heistä tule pitempiaikaisia ”nuorisorikollisia”. Lisäksi rangaistavista teoista 80 prosenttia luokitellaan lieviin tai pieniin rikoksiin. Tilastot ovat pysyneet samankaltaisia useampia vuosia, joten Mathias Waisin mukaan nuorten rikollisen käyttäytymisen kasvusta ei voida puhua. (Wais 2005, 136–137.)

Raskaisiin ja usein toistuviin rikoksiin syyllistyneitä nuoria on 5 prosenttia kaikista poliisin kanssa tekemisiin joutuneista nuorista. Näillä vaikeammin rikollisesti käyttäytyvillä nuorilla on esiintynyt kehityshäiriöitä varhaislapsuudessa ja sopeutumattomuutta koulumaailmassa. Näiden nuorten vanhemmat eivät ole kyenneet huolehtimaan heistä lapsuudessa tai huolehtiminen on ollut vain ajoittaista. Nuorille ei ole lapsuudessa kehittynyt vakaita ja pysyviä ihmissuhteita usein tapahtuneen elinympäristön muutoksen vuoksi. Näille nuorille on tyypillistä voimakas aggressiivisuus. Rikoksilla he hankkivat itselleen arvostusta, koska eivät ole kyenneet täyttämään suorittamisen vaatimuksia ja toivottua sosiaalista käyttäytymistä omassa elämässään. Merkittävä vaikutus nuoren rikolliseen käyttäytymiseen on myös rikollisesti käyttäytyvällä joukolla, jolta saa arvostusta, hyväksyntää ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Wais 2005, 138–142.)

Wais (2005, 144–145) toteaa, että tiedotusvälineet liioittelevat nuorten rikollisuuden laajuutta. Hänen mukaansa nuorta pidetään yleisesti taipuvaisena rikolliseen käyttäytymiseen vain, koska hän on nuori ja vaikeasti hallittava. Wais esittää, että nuorten rikollisen käyttäytymisen esillä pitäminen painottaa samalla aikuisten hyvää käyttäytymistä ja rikoksetonta käytöstä. Tosiasia on hänen mielestään se, että aikuisten kohdalla rikollisuus on yleisempää ja moninaisempaa kuin nuorten kohdalla. Janne Kivivuori (2006) on taas sitä mieltä, että rikosalttius huipentuu nuoruuden ja varhaisaikuisuuden aikana. Erityisesti varkaus- ja pahoinpitelyrikokset näyttävät olevan yleisimmin nuorten tekemiä.

### 3.3 Nuoren päihdehäiriö

Kaikista nuorten päihteidenkäyttöön liittyvistä ongelmista yli 95 prosenttia aiheuttavat lailliset päihteet alkoholi ja tupakka. Nuorista vain 9 prosenttia on raittiita oman ilmoituksensa mukaan. Suomalaisten nuorten alkoholinkäyttö on humalahuuista. Alle 15-vuotiaana aloitettu alkoholinkäyttö lisää selvästi päihderiippuvuuden riskiä. Tytöt aloittavat runsaan juomisen nuoremmalla iällä kuin pojat. Erityisesti tytöt käyttävät lääkkeitä ja alkoholia sekaisin. Voimakkaat päihtymystilat aiheuttavat loukkaamisriskin lisäksi estojen poistumisen, joka voi altistaa väkivallalle, harkitsemattomalle seksuaaliselle käyttäytymiselle ja hyväksikäytölle. (Tacke 2006, 135–136.)

Laittomiin päihteisiin eli huumeisiin katsotaan kuuluvaksi tekniset liuottimet, kuten tinnerit ja liimat, keskushermostoon vaikuttavat PKV lääkkeet, kuten bentosodiatsepiinit ja varsinaiset huumausaineet, kuten heroini ja kannabis. Noin 10 prosenttia 15–16-vuotiaista on joskus kokeillut kannabista, ja se onkin yleisimmin kokeiltu huume. Kaikkien huumeiden käyttöön liittyy vakavia terveysriskejä. (Tacke 2006, 135–138.)

Vain pienestä osasta huumeiden kokeilijoista tulee ongelmakäyttäjiä. Huumeongelman riskiä lisäävät biologiset tekijät, persoonallisuus, perhesuhteeseen liittyvät tekijät, varhainen päihteiden käytön aloitus, psykiatriset tekijät, sosiaalisen verkoston heikkous ja päihteiden käyttö kaveripiirissä. Päihderiippuvuuteen



liittyy usein psyykkisiä ongelmia. Tytöillä masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön sekä päihdeongelmien välillä on osoitettu olevan yhteys. Pojilla taas on voimakkaampi yhteys käytöshäiriöiden ja päihdeongelmien välillä. Lisääntynyt päihteiden käytön riski liittyy useisiin psyykkisiin sairauksiin tai häiriöihin, joita ovat esimerkiksi ADHD, skitsofrenia, mielialahäiriöt, nuorten käytöshäiriöt. (Tacke 2006, 139.)

### 3.4 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä. Niitä esiintyy nuoruusiällä noin 6–10 prosentilla ja ne ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Ahdistuneisuushäiriö on kyseessä silloin, kun ahdistuneisuus aiheuttaa nuorelle toimintahaittaa, kuten koulusta pois jäämistä tai bussilla kulkemisen välttämistä. Ahdistuneisuushäiriöiksi luetaan pelko-oireiset häiriöt, kuten julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko ja määräkohteinen pelko, esimerkiksi korkeiden paikkojen pelko. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat myös paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, eroahdistushäiriö sekä traumaperäiset häiriöt.

Paniikkihäiriö aiheuttaa ahdistuskohtauksia, joissa on fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on ahdistusta ilman kohtauksia. Pakko-oireisen häiriön piirteitä ovat pakkoajatukset ja pakkotoiminnot. Eroahdistushäiriöllä ero läheisistä aiheuttaa voimakasta ahdistusta. Traumaperäisestä häiriöstä kärsivän traumakokemuksen ajattelu ja siitä puhuminen aiheuttavat ahdistusta. Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti muiden ahdistuneisuushäiriöiden tai muiden psyykkisten häiriöiden kanssa. (Ranta 2006, 67–68.)

### 3.5 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöitä esiintyy kaksi kertaa yleisemmin nuoruudessa kuin lapsuudessa. Yleisimmät mielialahäiriöt nuoruudessa ovat masennustilat, pitkäaikainen

masennus ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Vakavien masennustilojen osuus masennustiloista on 85 prosenttia. Nuoren masennuksen oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemisen menetys ja uupumus. Mielialan lasku voi näkyä esimerkiksi itkuisuutena ja mielihyvän kokemisen menetys nuorelle tärkeiden asioiden, kuten harrastusten, poisjäämisenä. Muita mielialahäiriöiden oireita ovat muun muassa passiivisuus, kaverikontakteista vetäytyminen, elämänilon menetys, koulunkäynnin vaikeudet, jaksamattomuus huolehtia omasta fyysisestä hyvinvoinnista, humalajuominen, viiltely sekä ruokahalu- ja univaikeudet. Masennustiloissa myös itsemurhariski kasvaa. Pitkäaikaisen masennuksen kesto on pitkä, mutta sen oireet ovat lievempiä. Pojilla masennus näkyy enemmän käytöksessä, kun taas tytöt puhuvat helpommin masennuksestaan. Masennus on nuoruusiässä tytöillä noin kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla. (Korhonen & Marttunen 2006, 79–82.)

Vakavaa masennusta sairastavista nuorista 40–80 prosentilla on yksi tai useampi mielenterveyden häiriö, kuten ahdistuneisuus- tai käytöshäiriö, samanaikaisesti. Läheisen ihmisen menetys, pitkäaikaiset perheristiriidat, kuormittavat elämäntapahtumat sekä hoivan ja huolenpidon puute altistavat nuorta masennukselle. (Korhonen & Marttunen 2006, 82.)

Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ovat lapsuusikää selvästi yleisempiä nuoruusiässä. Niitä esiintyy noin yhdellä prosentilla nuoruusikäisistä ja ne ovat tytöillä ja pojilla suunnilleen yhtä yleisiä. Suurin osa kaksisuuntaisista mielialahäiriöistä on tyyppin kaksi -häiriötä, joissa vaihtelevat hypomaaniset eli lievästi kiihkomielliset jaksot ja masennusjaksot. Tyyppin yksi kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä kiihkomiellisyys on runsaampaa. Kiihkomiellisyys saattaa näyttäytyä erityisesti nuorilla myös ärtyisyytenä. Vakava masennus lisää riskiä sairastua myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Nuorilla kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa 60 prosentilla masennusjaksona. (Korhonen & Marttunen 2006, 85–88.)

### 3.6 Itsetuhoinen käyttäytyminen

Mielenterveyden häiriöiden lisäksi myös itsetuhoinen käyttäytyminen lisääntyy nuoruusiässä. Epäsuorasti itsetuhoinen ei tietoisesti halua aiheuttaa itselleen kuolemaa, mutta ottaa henkeä uhkaavia riskejä, kuten käyttää päihteitä kohtuuttomasti. Suora itsetuhokäyttäytyminen tarkoittaa itsemurha-ajatuksia, -yrityksiä ja itsemurhia, jotka ovat lievimmillään itsensä vahingoittamista ja pahimmillaan itsemurhayrityksiä. 40–65 prosentilla nuorisopsykiatriseen hoitoon tulleista nuorista on itsemurha-ajatuksia. Itsemurha-ajatuksiset edeltävät itsetuhokäyttäytymistä. Toistuvat itsemurha-ajatuksiset viittaavat kehityksen häiriintymiseen ja ajatuksiset yhdessä esimerkiksi mielenterveyden häiriön kanssa voivat johtaa itsemurhayritykseen. Nuoruusikäisillä tytöillä itsemurhayritykset ovat noin kaksi kertaa yleisempiä kuin pojilla. Kuitenkin noin 80 prosenttia itsemurhista on poikien tekemiä. Nuorten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt vuodesta 1990 asti, mutta on silti kansainvälisesti vertailtuna suuri. (Marttunen 2006, 127–129.)

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä nuorten itsemurhien ja itsemurhayritysten riskitekijöitä. Muita riskitekijöitä ovat päihde- ja persoonallisuuden häiriöt. Useimmat samanaikaiset mielenterveydenhäiriöt kasvattavat itsemurhariskiä. Itsemurhaa yrittäneiden ja itsemurhan tehneiden perhesuhteissa on usein ongelmia. Itsensä vahingoittaminen on yleensä lievää tai kohtalaista eikä siihen liity itsemurhatarkoitusta. Itsensä vahingoittaminen voi olla esimerkiksi viiltelyä. (Marttunen 2006, 129–130.)

#### 4 ERITYINEN HUOLENPITO LASTENSUOJELUN KENTÄLLÄ

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston mukaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten ja nuorten määrä on noussut melko tasaisesti vuodesta 1991 vuoteen 2008 asti. Tämän jälkeen huostaan otettujen lasten ja nuorten määrä on kääntynyt laskuun ja sijoitettujen määrän kasvu on pysähtynyt. Kiireellisesti sijoitettujen lasten ja nuorten määrä taas näyttää jatkavan kasvua kiihtyvällä vauhdilla. Vuoden 2010 lopussa lähes 30 prosenttia huostaan otetuista lapsista oli Uudeltamaalta. 16–17-vuotiaiden nuorten osuus kaikista huostaan otetuista lapsista on kasvanut selvästi vuoteen 2008 asti, jonka jälkeen kasvu näyttää pysähtyneen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Annina Myllärniemen tekemän tutkimuksen mukaan lasten kasvuolojen riskitekijät näyttävät kasautuvan, mikä tekee lastensuojelussa tapahtuvasta auttamisesta entistä haasteellisemmän. Lapsen sijaishuollon tarpeeseen vaikuttavat sosiaalityöntekijöiden mukaan keskimäärin 6,4 kasvuolojen riskitekijää. Lukema antaa viitteitä moniongelmaisuudesta. (Myllärniemi 2006, 61–63.) Lisäksi Heikkisen mukaan Susanna Hoikkala on pohtinut sitä, onko nuorista tullut vaikeahoitaisempia ja miten tähän tarpeeseen tulisi vastata (Heikkinen 2007, 80–87). Pääkaupunkiseudun yhteisenä haasteena on kehittää täsmällisempi yhteinen ohjeistus siitä, millä tavalla lapsen etua vaarantavia riskitekijöitä tulee seurata, selvittää, arvioida ja määritellä. (Myllärniemi 2006, 61–63.) Mahdollisesti lisääntynyt moniongelmaisuus ja vaikeahoitoisuus vaativat lastensuojelulta riittäviä toimenpiteitä, joita myös kehitetään jatkuvasti.

Teoksessa Erityinen huolenpito koulukodeissa Kekonin ja Kitinojan (2008, 46) tekemien selvitysten mukaan valtion koulukotien yhteydessä toimivien erityisen huolenpidon yksiköiden lisäksi Etappi on ainoa osastomuotoista erityistä huolenpitoa järjestävä yksikkö Suomessa. Lisäksi erityistä huolenpitoa järjestetään alaikäisten psykiatrisissa hoitoyksiköissä. Täsmällisen tiedon saaminen erityistä huolenpitoa järjestävistä yksiköistä on kuitenkin vaikeaa. (Kitinoja 2008a, 28–57.)

Lastensuojelussa toteutettava erityinen huolenpito tähtää lapsen ongelmallisen käyttäytymisen pysäyttämiseen (Kekoni 2009, 216). Lastensuojelun kentällä erityisen huolenpidon yksiköt ovat kaikkein vahvimmin lapsen oikeuksia, kuten liikkumavapautta, rajoittavia yksiköitä. Erityisen huolenpidon yksiköt toimivat lastensuojelulaitoksien alaisina. (Kekoni 2009, 219–220.)

#### 4.1 Erityisen huolenpidon taustaa

Suomessa mahdollisuus suljettuun hoitoon on tullut myöhään verrattuna moniin muihin Euroopan maihin. 1990-luvulla syntyi keskustelua siitä, että on tarve nykyistä tukevampiin hoitomalleihin. (Hujala 2004, 265.) Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sijaishuollon pakkotoimityöryhmä totesi, että on olemassa lapsia, joita ei voida auttaa perinteisen lastensuojelun tai psykiatrisen hoidon avulla. Voimassa olevat säädökset ja palvelurakenne koettiin riittämättömiksi. (Hujala & Salminen 1998, 57–60.) Nämä lapset, jotka tarvitsevat tiiviimpää hoitoa, oireilivat karkailulla, kuljeskelulla, päihteidenkäytöllä, väkivaltaisella ja rikollisella käyttäytymisellä, koulunkäymättömyydellä ja itsetuhoisuudella. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston mukaan olisi tarpeellisesta voida järjestää erityisen vaikeasti oirehtiville lapsille erityistä hoitoa ja huolenpitoa kokonaisvaltaisen kehityksen turvaamiseksi suljetussa yksikössä silloin, kun muut lastensuojelutoimenpiteet ovat riittämättömiä ja lapsi itse vastustaa hoito- ja huolenpitoyrityksiä. (Hujala & Salminen 1998, s.57–60.)

Laki antoi mahdollisuuden lapsen lyhytaikaiseen ja tilapäiseen eristämiseen ja liikkumavapauden rajoittamiseen, minkä perusteella suljettua hoitoa olisi ollut mahdollista järjestää. Enemmistö työryhmästä oli kuitenkin sitä mieltä, että suljetun hoidon järjestämisestä tulisi säätää lailla, sillä oli olemassa selkeä tarve erityisen voimakkaasti oirelevien lasten auttamiseksi, ja laki myös edesauttaisi tämän alueen lastensuojelun ammatillista kehittymistä. (Hujala & Salminen 1998, 57–60) Työryhmä esitti, että kehitettäisiin uusi hoitomuoto, jota kutsuttaisiin erityiseksi huolenpidoksi, ja sen avulla lapsen haitallinen käyttäytyminen voitaisiin katkaista ja lapsi voisi kiinnittyä aikuisiin ja hoitopaikkaan. Lastensuojelulakiin haluttiin lisätä säännökset, joilla voitaisiin hoitaa myös tahdonvastai-

sesti vaikeimmin oireilevia nuoria suljetulla osastolla, jonka työryhmä pystyy vastaamaan moniammatillisesti näiden lasten oireilun asettamiin haasteisiin. (Hujala & Salminen 1998, 90–99.)

Lapsen oikeuksien yleissopimus, Euroopan ihmisoikeussopimus ja Suomen perustuslaki turvaavat yksilönvapauksia ja määrittävät ehtoja lastensuojelussa käytettävien vapauksia rajoittavien toimintojen säätelylle ja olivat vahvasti esillä sijaishuollon pakkotoimityöryhmän ehdottaessa muutoksia ja uudistuksia tehtäväksi lastensuojelulakiin. (Hujala 2004, 266; Hujala & Salminen 1998, 59 ). Euroopan ihmisoikeussopimuksen 5. artiklan mukaan jokaisella on oikeus vapautteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Vapauden voi riistää vain artiklassa määritellyissä erityistapauksissa. Alaikäiseltä voidaan riistää vapaus hänen kasvatuksensa valvomiseksi. (Euroopan ihmisoikeussopimus 1999.)

Lapsen oikeuksien yleissopimuksen mukaan lasta ei saa kiduttaa eikä kohdella tai rangaista julmalla, halventavalla tai epäinhimillisellä tavalla. Lapselta ei myöskään saa riistää vapautta laittomasti tai mielivaltaisesti. Lasta, jolta on riistetty vapaus, on kohdeltava inhimillisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen ja tämän iänmukaiset tarpeet on otettava huomioon. (YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista 1989.) Lisäksi Suomen perustuslain mukaan jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. (Suomen perustuslaki 1999.)

Erityisen huolenpidon käsite otettiin käyttöön lastensuojelulaissa vuonna 2006 (Laki lastensuojelulain muuttamisesta 2006). Lastensuojelulaki uudistettiin kokonaan vuonna 2008. (Lastensuojelulaki 2008). Ennen erityisen huolenpidon sisällyttämistä lakiin, tehostettua huolenpitoa toteutettiin vanhan lastensuojelulain asetuksilla liikkumisvapauden rajoittamisesta ja yhteydenpidon rajoittamisesta (Lastensuojelulaki 1983).

## 4.2 Erityinen huolenpito uudessa lastensuojelulaissa

Lastensuojelulain mukaan lastensuojelulaitoksissa voidaan toteuttaa moniammatillista, laissa määriteltyä erityistä huolenpitoa, jota tarjotaan sijaishuollossa olevalle lapselle. Erityisen huolenpidon jakson aikana lapsen liikkumisvapautta voidaan rajoittaa lain sallimalla tavalla. (Lastensuojelulaki 2008.) Erityisen huolenpidon avulla lapselle pyritään antamaan kokonaisvaltaista hoitoa lapsen tarpeet huomioiden, mikä edellyttää laitokselta tarpeellista määrää työntekijöitä sekä riittävää moniammatillista osaamista (Räty 2007, 381). Laitoksen käytössä tulee olla riittävästi kasvatuksellista, sosiaalityön, psykologista ja lääketieteellistä osaamista sekä asianmukaiset tilat. Moniammatillisen tiimin on osallistuttava lapsen erityisen huolenpidon jakson suunnitteluun, toimeenpanoon ja arviointiin. (Lastensuojelulaki 2008.) Riittävä henkilökunta antaa lapselle mahdollisuuden olla jatkuvasti vuorovaikutuksessa aikuisen kanssa ja siten edesauttaa hyvän hoitokontaktin syntymistä (Räty 2007, 387). Tarkoitus on antaa lapselle mahdollisuus kokea turvallisuuden tunnetta ja luottamusta tiiviissä hoitokontaktissa aikuisen kanssa.

Erityisen huolenpidon keskeinen tavoite on pysäyttää lapsen itseään vahingoittava käytös ja kannustaa lasta ottamaan vastuuta omista asioistaan. Erityinen huolenpito ei ole koskaan luonteeltaan rangaistuksenomaista ja hoitoa voidaan järjestää, vaikka lapsi vastustaisikin sitä. (Räty 2007, 381–382.)

Erityistä huolenpitoa voidaan järjestää lapselle hänen erityisen yksityisen etunsa sitä vaatiessa silloin, kun lapsen henki, terveys tai kehitys on vakavasti vaarassa lapsen käytöksen vuoksi. Edellytys erityisen huolenpidon järjestämiseksi on, että sitä ei ole mahdollista muulla tavalla järjestää. Päätöksen erityisen huolenpidon jaksosta tekee lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä moniammatillisen arvion perusteella. (Lastensuojelulaki 2008.) Moniammatillinen arvio on perusteltua oikeusturvasyistä, jotta erityiseen huolenpitoon turvauduttaisiin vain silloin, kun se on välttämätöntä (Räty 2007, 384).

Erityisen huolenpidon jakso kestää enintään 30 vuorokautta ja sitä voidaan jatkaa erityisestä syystä enintään 60 vuorokaudella (Lastensuojelulaki 2008).

Laissa ei mainita, voiko erityistä huolenpitoa jatkaa tarpeen vaatiessa vielä välittömästi tämän jälkeen. Rädyn arvion mukaan se on mahdollista, jos asiasta tehdään uusi päätös ja uudet arviot. (Räty 2007, 385.) Mikäli todetaan, että erityiselle huolenpidolle ei ole enää tarvetta tai lapsen hoidolle asetettuja tavoitteita ei erityisen huolenpidon keinoin voida saavuttaa tai, on se heti lopetettava. (Lastensuojelulaki 2008.) Yleensä erityistä huolenpitoa järjestetään 12 vuotta täyttäneille lapsille, mutta poikkeustapauksissa ja tarpeen vaatiessa sitä on mahdollista järjestää myös nuoremmille lapsille (Räty 2007, 383).

Päätös erityisen huolenpidon järjestämisestä voidaan tehdä joko jo huostaan otetun lapsen sijaishuollon aikana tai lapsen huostaanottoa ja sijoitusta valmisteltaessa. Lapsen sijaishuoltopaikkaa on myös mahdollista muuttaa erityisen huolenpidon järjestämisen aikana. Lapsen asioista päättävän moniammatillisen arvion on perustuttava kasvatukselliseen, sosiaalityön, psykologiseen ja lääketieteelliseen osaamiseen. Suotavaa olisi, että nämä tahot myös tapaisivat lapsen henkilökohtaisesti. (Räty 2007, 383.) Ennen kuin erityisen huolenpidon järjestämisestä tehdään päätös, 12 vuotta täyttänyttä lasta ja hänen huoltajaansa on kuultava. Heillä on myös oikeus valittaa päätöksestä. (Räty 2007, 385.)

Erityistä huolenpitoa voidaan järjestää erillisessä laitoksessa, joka on olemassa vain erityisen huolenpidon järjestämistä varten tai lapsen omassa asuinyksikössä, missä tilojen ja henkilöstön tulee kuitenkin olla riittävät erityisen huolenpidon järjestämiseksi. Erityisessä huolenpidossa painotetaan aina lapsen tulevaisuutta ja sitä, miten lapsen tilanne ja hoito tulee jatkumaan erityisen huolenpidon jakson jälkeen. (Hujala 2004, 268; Lastensuojelulaki 2008.)



## 5 ETAPPI – ERITYISEN HUOLENPIDON YKSIKKÖ

Helsingin Mellunmäessä, Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien yhteydessä toimii Helsingin kaupungin erityisen huolenpidon yksikkö Etappi. Etappi tarjoaa erityistä huolenpitoa helsinkiläisille, Suomeen laitokseen tai perheeseen sijoitetuille nuorille, joiden elämäntilanne vaatii pysäytystä. (Honkalammi 2011; Etapin Perehdytyskansio 2008.)

### 5.1 Etapin perustaminen

Vuonna 1993 Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien johtoryhmässä päätettiin, että Naulakallion kehittämissuunnitelmiin sisällytetään toimenpiteitä suljetun hoidon toteuttamiseksi. Naulakalliossa oli pohdittu suljetun hoidon perustamisen tarvetta erityisen vaikeahoitoisten nuorten auttamiseksi jo lähes kymmenen vuotta. Tämä tarve oli tullut esille myös useissa sosiaali- ja terveydenhuollon selvityksissä ja mietinnöissä. Sosiaaliviraston yhteispalveluosaston lasten sijaishuoltotoimiston osastopäällikkö perusti työryhmän, jonka tuli suunnitella erityistä huolenpitoa tarjoava suljettu osasto huostaan otetuille nuorille Naulakallion hoito- ja kasvatuskoteihin. Työryhmään kuului sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon työntekijöitä. (Kovanen ym. 2001, 5.)

Hankesuunnitelma suljetun osaston perustamisesta Naulakallioon valmistui vuonna 1994. Hanketta ehdotettiin toteutettavaksi Helsingin sosiaaliviraston ja terveystieteiden yhteistyönä. Hallinnollisesti osasto tulisi olemaan Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien alaisuudessa. Suljettu hoito ei ollut suoraan lastensuojelulain mukaan sallittua, ja se päätettiin toteuttaa käyttämällä lastensuojelulain kohtaa lapsen liikkumisvapauden rajoittamisesta. (Kovanen ym. 2001, 6; Lastensuojelulaki 1983.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1996 asettaman työryhmän tehtäväksi tuli arvioida lastensuojelulain sisältämien pakotteiden ja rajoitusten uudistamisen tarvetta ja mahdollisuutta. Osasto suljetun hoidon käyttöön peruskorjattiin vuonna 1996 erityisen huolenpidon tarpeita vaativaksi. Osastolle nimettiin yksi vastaava hoitaja ja kahdeksan hoitajaa. Työryhmä alkoi työskennellä vuoden 1996 elokuussa kouluttautumalla uuteen työmuotoon ja

ensimmäiset nuoret aloittivat hoitojakson osastolla saman vuoden lokakuussa. (Kovanen ym. 2001, 7–9.) Aluksi hoitoa toteutettiin non-stop-tyyppisesti eli jokaisen nuoren hoidossa oloaika oli eripituinen. Non-stop-malli vaikeutti ryhmäytymisen ja yhteisöllisyyden syntymistä ja elokuussa vuonna 1998 päädyttiin kaikille hoidettaville nuorille yhteiseen ryhmämuotoiseen viiden viikon mittaiseen hoitojaksoon. (Kitinoja 2008, 48.)

Suljetun hoidon järjestämisen aloittamisen Etapissa mahdollisti vuoden 1983 Lastensuojelulaki ja sen sisältämät säädökset rajoitustoimenpiteistä. Vuoden 1983 lastensuojelulaki mahdollisti lapsen liikkumisvapauden rajoittamisen, yhteydenpidon rajoittamisen, eristämisen, aineiden ja esineiden haltuunoton, tietojen antamisen lapselle ja yhteydenpidon rajoittamisen. (Lastensuojelulaki 1983.)

## 5.2 Etapin rakenteet

Etappi Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien osasto ja tarjoaa erityistä huolenpitoa sijaishuollossa oleville lastensuojelun asiakkaille. Pysyvän hoitopaikan olemassaolo on edellytys erityisen huolenpidon jaksolle Etapissa. Etapissa toteutettava erityinen huolenpito on tarkoitettu 12–17-vuotiaille nuorille, joiden elämäntilanne kuljeskelun, karkailun, kouluvaikeuksien, päihteiden, psyykkisten ongelmien, rikollisuuden tai tuhoisan käyttäytymisen vuoksi vaatii pysäyttämistä. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Etapin hoitojakso kestää 30 vuorokautta. Yhdelle hoitojaksolle mahtuu viisi nuorta kerrallaan, mutta jokaiselle nuorelle hoitojakso suunnitellaan yksilöllisesti. Nuoret aloittavat ja päättävät jakson samanaikaisesti. Etappi-jakso on osa nuoren kokonaishoitoa. Ennen jakson alkua tehdään valmistelutyötä ja jaksoa seuraa viiden viikon mittainen jälkihoitojakso. Jaksolle tuleminen edellyttää sitä, että nuorelle on tehty huostaanotto. Jakson aikana nuoren liikkumisvapautta rajoitetaan ja ulkoilu tapahtuu osaston työntekijöiden ja nuoren lähipiiristä erikseen määriteltyjen aikuisten kanssa. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Etapin hoidossa hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä. Osaston työryhmä koostuu yhdeksästä sosiaali-alan koulutuksesta saaneesta työntekijästä, kahdesta psykiatrisesta sairaanhoitajasta ja vastaavasta hoitajasta. Lisäksi Etappi käyttää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian yksikön palveluita ja Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien psykologin palveluita. Jokaisella nuorella on osastolla oma huone. Nuoret voivat viettää aikaa toisten nuorten ja aikuisten kanssa yhteisissä tiloissa. Fyysisillä rakenteilla tuetaan osaltaan nuorten hoitoa. Esimerkiksi kattaukseen ja yhteiseen ruokailuun panostetaan päivittäin. Ulko-ovet ja ikkunat ovat suljettuina sekä sisältä että ulkoa. Rakenteellisesti Etapissa on varauduttu uhka- ja väkivaltatilanteisiin. Henkilöstön määrä, fyysiset tilat ja jakson rakenteet mahdollistavat yhdessä erityisen huolenpidon järjestämisen Etapissa. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Etapin hoidon tavoite on saada nuori ymmärtämään ja arvioimaan tilannettaan sekä vastaanottamaan apua. Etapin hoitajat koettavat saada luotua nuoreen hoitokontaktin, jotta nuori kykenisi työskentelemään omien asioidensa parissa yhteistyössä aikuisten kanssa. Etapin olosuhteissa nuori ei voi väistää aikuisen kontaktinluontiyrityksiä. (Etapin perehdytyskansio 2008.) Etappi tarjoaa nuorelle turvallisen mahdollisuuden pysähtyä, eikä nuorella ole mahdollisuutta paeta ongelmia (Kovanen ym. 2001, 17). Tärkeimpänä hoidon tavoitteena on parantaa nuoren hoitokontaktia lähettävän tahon aikuisten kanssa, jotta nuori voisi palata nykyiseen sijaishuoltopaikkaansa. Erityisen huolenpidon jaksolla pyritään ehkäisemään nuoren sijoituspaikan vaihtumista. Hoitojaksolla pyritään tekemään tiivistä yhteistyötä lähettävän tahon ja nuoren vanhempien kanssa esimerkiksi järjestämällä neuvotteluja ja vierailuja. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Kaikki Etapin hoitojaksolla olevat nuoret käyvät koulua Etapin tiloissa. Etappi toimii yhteistyössä nuoren lähettävän koulun kanssa. Etapin koulussa nuori opiskelee sovittuja aineita sovittun määrän verran joko yksilö- tai pienryhmäopetuksessa. Nuoren oppimiskykyyn liittyviä testejä tehdään, mikäli niille nähdään tarvetta. (Perehdytyskansio 2009.) Etapin koulussa nuori voi tehtäviä tekemällä esimerkiksi edesauttaa luokalta pääsemistä ja opiskella tietoja, joita vaille hän on jäänyt koulupoissaolojen vuoksi. Etapin ensisijainen tarkoitus ei ole kuitenkaan opiskelu eikä nuorta pakoteta käymään koulua, mikäli katsotaan, että hän

ei sillä hetkellä siihen kykene. Jokaisen nuoren koulunkäynti suunnitellaan yksilöllisesti.

### 5.3 Etapin nuorten kuvailua

Suurimmalla osalla laitoshoidon sijoitetuista nuorista on ollut elämässään esteitä kehitykselleen. Etapin hoidon sisältö pohjaa Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien ajatukseen nuorista, joilla on varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvä kehityshäiriö, joka näkyy sopeutumattomuutena ja käytöshäiriöisyytenä. (Etapin perehdytyskansio 2008.) Etapin hoidon viitekehys pohjautuu lisäksi psykiatriseen näkemykseen psyykkisesti oirehtivien lasten ja nuorten hoidosta. (Kovanen ym. 2001, 3) Etapin hoito on korvaavaa ja korjaavaa. Se vastaa nuoren tarpeisiin antamalla kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa sekä tarjoamalla ensisijaista mielihyvää. (Tervonen-Arnkil 1999, 39–39.)

Vakavin vuorovaikutuksen häiriö ilmenee psykoottisuutena. Rajatilatasoisesti häiriintyneen ihmisen persoonallisuuden integraatio on päässyt kehittymään sen verran, että hän ei ole autistinen eikä avoimen psykoottinen. (Etapin perehdytyskansio 2008.) Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien psykologin Thomas Nystrandin (2011) mukaan Etappiin hoitoon tulevat nuoret kärsivät eriasteisista rajatilatyypisistä häiriöistä ja oireista. Rajatilan diagnosointi nuoruusiässä on kuitenkin kohtuullisen vaikeaa, eikä Etappiin tulevilla nuorilla yleensä ole rajatiladiagnoosia. Rajatilatasoa on käytetty paljon rinnakkaisena epävakaaan persoonallisuushäiriön käsitteelle Koivisto lainaa tekstissään Linehania (1993), jonka mukaan rajatilan käsitteellä viitataan psykoanalyttisessa tarkastelussa tietynlaiseen persoonallisuuden rakenteeseen ja vaikeusasteeltaan neuroosien ja psykoosien välille sijoittuvaan häiriöön (Koivisto 2004.) Vaikka Etapissa huomioidaan nuoren psyykinen vointi osana hoitoa ja tarvittaessa nuorelle järjestetään psykiatrinen hoitokontakti, Etappi on kuitenkin ensisijaisesti lastensuojelulaitos eikä nuorisopsykiatrista hoitoa antava yksikkö.

Tyypillistä Etapin nuorille: luottamuksen puute, alhainen vastoinkäymisten sietokyky, impulsiivisuus, kontrolloimattomuus, arvaamattomuus, vaikeus tunnistaa

tunteita, vaikeus ottaa kontaktia, heikko itsetunto, arvottomuuden kokemus, yksinäisyys, turvattomuus, näköalattomuus tulevaisuuteen, vaikeus olla ryhmässä, pyrkimys välittömään tarpeiden tyydytykseen, varhaisten puolustuskeinojen käyttö, jäsentymättömyys, kyvyttömyys vastaanottaa hyvää, vaikea perhetausta, ympäristö jossa on leimattu, vaikeus surra menetyksiä, vaikeus olla pidetty, jaksamattomuus, tarve saada pää sekaisin. (Tervonen-Arnkil 1999; Kovanen ym. 2001, 16.)

#### 5.4 Hoitoprosessi

Nuoren hoitoprosessi Etapissa lähtee yleensä liikkeelle nuoren sosiaalityöntekijän tai hoitotahon ottaessa yhteyttä Etappiin arvioituaan nuoren erityisen huolenpidon tarve. Sosiaalityöntekijän tehtyä paikkavarauksen tehdään yhteisessä neuvottelussa päätös siitä, tuleeko nuori Etapin hoitojaksolle. Neuvotteluun osallistuvat nuori ja nuoren vanhemmat, sosiaalityöntekijä, omahoitaja ja vastaava hoitaja lähettävästä tahosta sekä yksi Etapin hoitajista ja Etapin vastaava hoitaja. Jos tehdään päätös nuoren hoitojakson aloittamisesta, hänen tulevat vastuuhoitajansa Etapista tekevät nuorelle alustavan hoitosuunnitelman ja tavoitteet jaksolle. Hoitojakson onnistuminen edellyttää aina hyvää valmistelua ja suunnittelua, sillä nuoren elämässä on kriisi- tai pulmatilanne hänen aloittaessaan Etappi- jaksan. Nuorella ja hänen hoitotahollaan tulisi olla riittävästi aikaa valmistautua ja motivoitua hoitojaksolle. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Hoitojakson ensimmäisellä viikolla tehdään alkuarviointi, joka sisältää erilaisia haastatteluja. Kaikki hoitojakson nuoret noudattavat Etapin päiväohjelmaa ja osallistuvat sen sisältämiin yhteisiin toimintoihin, kuten ryhmiin ja yhteisiin ruokailuihin. Jokaisen nuoren hoitojaksoon sisältyy myös keskustelut konsultoivan psykiatrin kanssa noin kaksi kertaa jaksan aikana sekä säännölliset yksilökeskustelut Etapin vastuuhoitajiensa kanssa 3–4 kertaa viikossa. Työntekijöiden yhteisen pohdinnan ja keskustelujen pohjalta hoitosuunnitelmaa tarkennetaan viikoittain. Nuoren hoidon ja hoitojakson jälkeisen elämän suunnittelussa auttavat myös nuoren oman hoitotahon työntekijöiden sekä nuoren vanhempien tekemät kyselyt ja tehtävän nuoreen liittyen. Nuoren vastuuaikeiset Etapista käy-

vät työryhmäkäynnillä nuoren lähettävän tahon työryhmässä, mikä on tärkeää erityisesti miettiessä nuoren hoidon kulkua Etappi- jakson jälkeen. Lähettävän tahon työntekijöille tarjotaan keskusteluaikaa Etapin vastuuhoidajien kanssa. Nuorelle on myös mahdollista järjestää vanhempaintapaamisia. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Hoitojakson aikana pidettävissä kolmessa hoitoneuvottelussa käydään läpi hoidon kulkua ja tavoitteita, hoitosuunnitelmaa ja muita tärkeitä asioita. Neuvotteluihin osallistuvat nuori, Etapin vastuuhoidaja/t, lähettävän tahon omahoitaja ja/tai vanhemmat sekä sosiaalityöntekijä. Lähtöneuvottelussa, joka pidetään viimeisellä viikolla, käydään läpi koko hoitojakso ja päätetään lopullisesti tulevaisuuden suunnitelmista. Hoitojakson viimeisenä iltana nuorelle tehdään lähtöhaastattelu, jossa käydään vielä läpi jaksoa ja pyydetään nuorelta palautetta jaksosta, jonka perusteella hoitoa voidaan kehittää. Jakson päätyttyä nuoren vastuuhoidajat tekevät hoitojaksosta hoitoyhteenvedon. Jälkihoitojakso edellyttää sekä nuoren että lähettävän tahon sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

## 5.5 Hoitoajattelu

Keskeistä Etapin hoidossa on yksilöllisyys, yhteisöllisyys, toiminnallisuus ja perhekeskeisyys. Yksilöllisyyden tukena ovat jokaiselle nuorelle laadittu yksilöllinen hoitosuunnitelma ja viikko-ohjelma, johon sisältyy tapaamisia esimerkiksi omahoitajan ja lääkärin kanssa. Nuorella on myös oikeus tulla huomioiduksi omana itsenään ja jokaisen nuoren yksilöllisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan. Yksilöllisyyden huomioimisessa on tärkeää jatkuva aikuiskontakti, omat vastuuhoidajat, yksilökeskustelut, läheisyyden antaminen nuorelle ja arkiset asiat, kuten mieleinen ruoka. (Tervonen-Arnkil 1999, 38–39; Etapin perehdytyskansio 2008; Honkalampi 2011.)

Yhteisöllisyys muodostuu tiiviistä nuorten ja aikuisten yhteisestä olemisesta ja kanssakäymisestä osastolla sekä toiminnoissa osaston ulkopuolella kuten retkillä. Yhteisöllisyys toteutuu myös hoidollisissa ryhmissä, joihin kaikki nuoret osal-

listuvat. Nuori on ryhmän jäsen ja häntä autetaan muiden huomioonottamisen opettelussa. Etapin toiminta on rakentavaa, jäsentynyttä, suunniteltua ja tähtää tiettyihin tavoitteisiin. Yhteisöllisyyttä tukevat myös yhteisön yhteiset kokoontumiset ja arkielämän toimet, kuten ruokailu ja ryhmät, jotka antavat mahdollisuuden tarkastella ryhmäläisten vuorovaikutussuhteita ja ovat erityisen tärkeitä hoidon sisällössä. Yhteisöllisyyden myötä nuorella on mahdollisuus oppia tuntemaan itseään paremmin sekä tunnistamaan ja hallitsemaan tunteitaan. Toiminnallisuus antaa nuorille onnistumisen kokemuksia, mikä vahvistaa itsetuntoa. Yhteisöllisyyden syntymiseen vaikuttaa esimerkiksi se, että nuoret aloittavat ja lopettavat hoitajakson yhtä aikaa. Perhekeskeisyys näkyy siinä, että nuoren vanhempien näkemykset nuorensa tilanteesta otetaan huomioon mahdollisuuksien mukaan ja heidän huolensa tuodaan kuuluville (Tervonen-Arnkil 1999, 38–39; Etapin perehdytyskansio 2008; Honkalammi 2011.)

## 5.6 Ryhmätoiminta lastensuojelussa ja Etapissa

Erityissosiaalityöntekijä Alpo Heikkisen mukaan yksi sosiaalityön menetelmällinen interventio eli väliintulo lasten ja nuorten elämään on ryhmätoiminta. Kun lasten ja nuorten elämässä on havaittu riski jonka oletetaan toteutuvan, heidän tarpeisiinsa vastataan siihen lastensuojelun ryhmätoiminnalla. Heikkisen määritelmän mukaan lastensuojelun ryhmätoiminta on ohjattua vertaisryhmätoimintaa, jossa käytetään toiminnallisia ja terapeuttisia menetelmiä. Työssä yhdistyvät psyykkiset, sosiaaliset ja kasvatukselliset tekijät. Ryhmätoiminta voi sisältää myös terapeuttisia aineksia ja monesti se sisältääkin useita erilaisia aineksia. Lastensuojelun ryhmätoiminnan interventiot voivat tuoda niin myönteistä kuin kielteistäkin muutosta lasten ja nuorten arkeen. (Heikkinen 2006, 22.)

Yhtenä esimerkkinä ryhmätoiminnan vaikutuksista muussa lastensuojelun toiminnassa kuin erityisessä huolenpidossa voidaan tarkastella Heikkisen tutkimusta, jonka kohteena olivat lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevat poikia. Pojat olivat iältään 11–12 vuoden ja 14–15 vuoden ikäisiä. Pojat kokivat, että ryhmätoiminnassa eniten heidän hyvinvointiinsa vaikuttavat muutostekijät olivat suhde tulevaisuuteen ja jatkuvuus. Jatkuvuus, aikuisten sitoutuminen ja

se, että toiminta oli kestoaltaan riittävän pitkä, olivat pojille yhtä tärkeitä muutostekijöitä kuin toiminta itse. (Heikkinen 2001, 22–25.) Samankaltaisuuksia näiden avohuollon ryhmätoiminnan tekijöiden ja Etapin ryhmätoiminnan välillä ovat ainakin tulevaisuuteen suuntautuminen ja aikuisten vahva läsnäolo.

Etappijaksolla huomioidaan nuorta sekä yksilönä että ryhmän jäsenenä. Kaikille jakson nuorille osallistuminen hoidollisiin ryhmiin on pakollista ja ryhmiä järjestetään jokaisena arkipäivänä. Ryhmähoito on erityisen tärkeää Etapin hoitoajattelussa. (Etapin perehdytyskansio 2008). Ryhmä ja vertaisuudentunne muiden nuorten kesken tarjoaa nuorelle merkittävästi tukea hoitojakson läpiviennissä. Aikuisjohtoisesti ja hallitusti käytettynä hankalien asioiden käsittely ryhmässä on hyödyllistä. (Honkalammi 2011.)

Tutkimukseni aineisto eli hoitoyhteenvedot sisälsivät paljon tietoa kunkin nuoren ryhmässä toimimisen onnistumisen tasosta. Etapin hoidossa oleville nuorille ryhmätoiminta on kuitenkin usein haasteellista. Näyttää siltä, että erityisesti ryhmät, joissa keskustellaan vaikeista asioista ja käsitellään tunteita, ovat nuorille vaikeimpia. Ryhmässä olemisen vaikeuteen nuoret reagoivat eri tavoin. Jotkut nuoret ovat passiivisia eivätkä osallistu ryhmien toimintoihin. Toiset häiriköivät muiden ryhmätyöskentelyä ja toiset poistuvat ryhmästä kokonaan. Nuoren saattaa olla vaikea nähdä keskusteluryhmien positiivista vaikutusta, koska ne eivät välttämättä välittömästi tuota hyvää oloa. Pääsääntöisesti nuoret kuitenkin pitävät Etapin ryhmistä ja etenkin toiminnalliset ryhmät näyttävät hyödyttävän monia.

Etapissa hoidollisia ryhmiä on yhteensä yhdeksän. Aamuparkissa käydään läpi yhteiset tunnelmat ja päiväohjelma. Tietotorilla, neljä kertaa viikossa, esitellään yleisiä nuoren elämään liittyviä asioita ja keskustellaan niistä. Keskusteluryhmässä, kaksi kertaa viikossa, halutaan lisätä nuorten sanallista vuorovaikutusta keskustelemalla asioista yhdessä. Ateljee-ryhmä antaa mahdollisuuden ilmaista itseään luovalla tavalla kädentaitojen kuvallisten keinojen avulla. Hyvän olon ryhmä pyrkii tiiviiseen vuorovaikutukseen aikuisen ja nuoren välillä. (Etapin perehdytyskansio 2008.) Toisten kaa -ryhmässä nuoret harrastavat yhdessä matalan kynnyksen toimintoja, joiden kautta tarkastellaan nuorten vuorovaikutustaito-



ja. Syke ryhmässä on mukana psykologi ja siellä harjoitellaan ahdistuksen hallintaa. (Honkalammi 2011.) Ruokaryhmä suunnittelee ja valmistaa ruuan koko osastolle kaksi kertaa viikossa. Etappi esittää ryhmässä katsotaan aikuisten valitsema elokuva ja keskustellaan sen herättämistä ajatuksista. Lisäksi jokaisen jakson aikana järjestetään kaksi koko osastolle yhteistä retkeä. (Etapin pe-rehdytyskansio 2008.)

## 5.7 Ryhmien vaikutus yksilöön ja yhteisöön

Ihmisen identiteetti rakentuu vuorovaikutuksessa ja jokainen ihminen tarvitsee toisia ihmisiä. Jos ihminen ei koe yhteenkuuluvuuden tunnetta, hän voi pahoin. Yksilölle ryhmällä on suuri merkitys. Yksilö tarvitsee ryhmää identiteettistä kehittymiseen ja vahvistumiseen. (Segercrantz 2009a, 15–19.) Vuorovaikutussuhteissa ihmisen minäkuva ja itsearvostus sekä muihin ihmisiin suhtautuminen kehittyvät (Toikka & Toikka 2006, 46). Erityisesti hoidollisessa terapiaryhmässä ihminen voi oppia tervettä riippuvuutta toisesta, kokea ja tunnistaa omaa tarvitsevuuttaan, kuuntelemaan toisia sekä jakamaan omia ajatuksia ja tunteita. Tällainen ryhmätoiminta kasvattaa vastuuta ja keskusteleminen erilaisten ihmisten kanssa vähentää ennakkoluuloja. Kun ihmiset ovat psyykkisesti ja fyysisesti läsnä, syntyy aitoa vuoropuhelua. Turvalliset puitteet sekä yhteinen aika ja tila synnyttävät yhteenkuuluvuuden tunnetta ja vertaistukea. Tällainen toiminta mahdollistaa kesken jääneen kehityksen uudelleen rakentamisen. (Segercrantz 2009a, 15–19.) Ihmisen psyyke vahvistuu itsetuntemuksen myötä tulevasta myönteisestä kehityksestä. Tähän tarvitaan kuitenkin vuorovaikutusta ja vaikeiden asioiden käsittelyä toisten ihmisten kanssa. (Segercrantz 2009b, 78)

Pieni, noin 6–8 hengen ryhmä, on sopivan kokoinen henkilökohtaisten ongelmien ja oman lähipiirin ihmissuhteiden käsittelyyn. Ryhmän jäsenet tuovat ryhmään positiivisten vaikutusten lisäksi taustoistaan riippuen myös kielteisiä asioita, kuten kateutta tai kilpailua. Näihin tulee kiinnittää huomiota ja näitäkin on hyvä käsitellä ryhmässä, jotta ne eivät tuhoa ryhmän mahdollisuuksia. Ryhmässä voi oppia suhtautumaan itseensä ja muihin sekä muutokseen ja paineisiin uudella tavalla. (Segercrantz 2009a, 19–20.) Mitä enemmän ryhmään osallistuu,

sitä enemmän ryhmästä saa ja sitä enemmän omat asiat työstyvät ja saavat mahdollisuuden muuttua (Toivola 2009, 44). Ryhmän jäsenten tiedot, taidot asenteet ja motivaatio vaikuttavat siihen, millaista tulosta ryhmä synnyttää (Toikka & Toikka 2006, 26). Ryhmässä oleminen voi olla pelottavaa, jos ryhmän jäsen kokee, että hänen täytyy esittää jotain muuta, kuin mitä hän oikeasti ajattelee. Kipeiden muistojen ja vaikeiden tunteiden vältteleminen voi käydä tuskalliseksi muiden silmien edessä. (Ahonen 2009, 50.)

Yhteisöt ja ryhmät, jotka elävät jatkuvissa muutosten kourissa, ovat alttiita ryhmää tuhoaville voimille, kuten aggressiivisuudelle. Muutoksessa koetaan menetystä ja uuden saamista tilalle. Menetystä on hyvä käsitellä surun ja vihan kautta, jotta ryhmä rakentuisi hyvinvointia tukevaksi. Uuteen siirtyminen taas aiheuttaa ahdistusta. Kun ryhmäkokonaisuus muuttuu, ryhmän kehitystaso on jälleen alkavan ryhmän tasolla. (Kauranen 2009, 149–150.) Etapissa yksi ja sama ryhmä toimii yhdessä koko jakson ajan. Etapin työryhmän mukaan nuorissa voi havaita levottomuutta, jos yksi nuorista tulee jaksolle ja ryhmän jäseneksi myöhemmin kuin toiset. Havaitsin tämän myös itse Etapissa harjoittelujaksoni aikana. Työryhmä kokee nuorten hoidon onnistumisen ja yhteisöllisyyden syntymisen kannalta merkittävänä sen, että nuoret aloittavat ja lopettavat jakson yhtä aikaa.

## 6 TUTKIMUSTULOKSIA ERITYISESTÄ HUOLENPIDOSTA JA SEN KALTAISESTA HOIDOSTA

Näyttää siltä, että erityisen huolenpidon yksikköön tulevien lasten sijoitusperusteet ovat säilyneet samankaltaisina, mutta niiden taustalla olevat syyt ovat muuttuneet ja tämä on johtanut kohti vaikeampia psykiatrisia ongelmia. Erityisen huolenpidon tarpeessa olevat nuoret ovat usein olleet myös nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeessa. Viime vuosina on havaittu, että psykiatrisessa hoidossa ollut lapsi ohjautuu hoidon jälkeen entistä useammin erityisen huolenpidon yksikköön. Koulukodeissa mielenterveysongelmista ja vaikeista käytösongelmista kärsivien lasten määrä on lisääntynyt ja päihdeongelmaisten lasten määrä vähentynyt. (Känkänen & Laaksonen 2006, 11–12.)

Erityistä huolenpitoa on tutkittu Suomessa vähän. Vuonna 2008 Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus julkaisi raportin ”Erityinen huolenpito koulukodeissa”. Diakonia-ammattikorkeakouluopiskelija Ann-Marie Pettersson teki vuonna 2001 opinnäytetyönään tutkimuksen tehostetun huolenpidon jakson vaikutuksesta nuorten jakson jälkeiseen elämään. Vuonna 2006 Janne ja Mari Puolitaipaleelta valmistui pro gradu-tutkielma liittyen erityiseen huolenpitoon Suomessa ja lähihoito-osastolla olevien nuorten haastatteluihin. Näiden lisäksi on tehty kaksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ja yksi pro gradu-tutkielmaa liittyen erityisen huolenpidon kaltaiseen hoitoon. (Kitinoja 2008b, 93.)

### 6.1 Tutkimustuloksia koulukotien erityisen huolenpidon yksiköistä

Taru Kekonin, Manu Kitinojan ja Tarja Pösön (2008, 3, 11) kokoama raportti ”Erityinen huolenpito koulukodeissa” selventää erityisen huolenpidon käsitettä ja sen ilmenemistä käytännössä erityisesti Suomessa. Raportti esittää tutkimustuloksia pohjautuen valtion koulukodeissa toimivien erityisen huolenpidon yksiköiden työntekijöiden ja koulukoteihin sijoitettujen nuorten haastatteluihin vuodelta 2007 sekä vuosina 2001–2007 erityisen huolenpidon tai sitä vastaaviin yksiköihin sijoitettujen nuorten asiakirjoihin ja pienelle nuorten joukolla tehtyyn seurantatutkimukseen. Esittelen tässä ainoastaan asiakirjoista ja seurantatutkimukses-

ta näkyviä tuloksia. Vuoden 2007 haastattelut eivät tuloksiltaan liity varsinaisesti omaan tutkimukseeni, sillä haastattelut käsittelevät erityistä huolenpitoa lähinnä suljettujen ovien ja rajoittamisen sekä erityisen huolenpidon osastolla työskentelemisen näkökulmasta (Kekoni 2008, 65, 68, 80).

Valtion koulukotien yhteydessä toimivia erityisen huolenpidon osastoja on yhteensä neljä. Niistä nuorin, Limingan koulutuskeskuksessa toimiva Parkki, ei ole tarkastelussa mukana, sillä se perustettiin vuonna 2008 ja oli toiminut vasta vähän aikaa, kun ”Erityinen huolenpito koulukodeissa”-raporttia kirjoitettiin. Muut koulukotien erityisen huolenpidon osastot ovat Limingan koulutuskeskuksessa toimiva lähihoito-osasto Joukola, Mikkelissä toimivan Kasvun Yhteisöjen Sairilan toimipisteessä toimiva Jarru ja Kymenlaaksossa sijaitsevan Sippolan kunnan koulukodin yhteydessä toimiva EHO (erityisen huolenpidon osasto). Joukola ja Jarru perustettiin vuonna 2001 ja EHO vuonna 2004. (Kitinoja 2008a, 28–35.)

#### 6.1.1 Koulukotien erityisen huolenpidon osastojen nuorten asiakirjat

Kekonin, Kitinojan ja Pösön raportissa tarkasteltiin kolmen eri koulukodin yhteydessä toimivien, erityisen huolenpidon osastojen, vuosina 2001–2007 sijoitettujen nuorten asiakirjoista selvinneitä tietoja. Nuorten tietoja tarkasteltaessa on huomioitava, että erityisen huolenpidon käsite tuli voimaan vasta vuoden 2006 lopulla, joten vasta sen jälkeen tilastoidut tiedot ovat täysin vertailtavissa nykyisen malliseen erityiseen huolenpitoon. Ennen lain muutosta tilastoidut tiedot koskevat erityisen huolenpidon kaltaisia yksiköitä, vaikka käytännössä kyse onkin samoista osastoista. (Kitinoja 2008a, 36.)

Yhteensä koulukotien erityisen huolenpidon tai vastaaville osastoille tehtiin 307 sijoitusta vuosina 2001–2007. Suurin osa nuorista eli 95,8 prosenttia sijoitettiin vain kerran. 12,7 prosenttia nuorista sijoitettiin kaksi kertaa ja yksi jopa kuusi kertaa. Erillisiä sijoitussyitä mainittiin kahdeksan ja yksi ryhmä sisälsi kaikki muut esille tulleet sijoitussyyt. Eniten esiintynyt sijoitussyys oli käytösongelmat (23,1%) ja toiseksi eniten esiintynyt karkailu (21,2%). Vähiten sijoitussyistä

esiintyi mielenterveysongelmia (7,5%) ja rikollista käyttäytymistä (7,5%). Muut sijoitussyyt olivat päihdeongelmat, kouluongelmat ja muut ongelmat. (Kitinoja 2008a, 36–38.)

### 6.1.2 Seurantatutkimus lähihoito-osastolle sijoitetuista nuorista

Seurantatutkimuksen kohderyhmä koostuu Joukolan koulukodin lähihoito-osastolle 5.7.2001–31.12.2004 vähintään kuukauden mittaiselle hoitajaksoille sijoitetuista nuorista. Lähihoito-osasto oli erityisen huolenpidon osaston kaltainen osasto. Seurantatutkimuksen aikaan laki ei vielä sisältänyt erityisen huolenpidon käsitettä eikä laki määrittänyt lähihoito-osastojaksolle pituutta. Lähihoitoon liittyvän tutkimuksen tuloksia ei voi suoraan yleistää koskemaan nykyistä erityistä huolenpitoa. (Kitinoja 2008b, 92–93, 145.) Tutkimuksessa keskimääräinen lähihoito-osastojakson pituus oli neljä kuukautta ja 20 päivää (Kitinoja 2008b, 110).

Yhteensä tutkittavia nuoria oli 20, joista kahdelletoista tehtiin haastattelu. Haastatteluhetkellä nuoret olivat jo sen ikäisiä, että he eivät olleet enää varsinaisen kasvatuksen ja hoidon piirissä. (Kitinoja 2008b, 93.) Tutkittavien nuorten asiakirjoista näkyy lähihoito-osaston jaksoa edeltäneitä ongelmia, joita ovat koulunkäyntiongelmien, päihteiden käyttö, rikollinen käyttäytyminen, itsemurha-alttius, karkailu ja ongelmat edellisessä sijaishuoltopaikassa, aggressiivisuus ja mielenterveyden ongelmat. Eniten näistä esiintyi koulunkäyntiongelmia ja päihteiden käyttöä. Vähiten oli mielenterveysongelmia ja ongelmia edellisessä sijaishuoltopaikassa. (Kitinoja 2008b, 108.)

Seurantatutkimuksessa kahdelletoista nuorelle tehdyissä haastatteluissa näkyy nuorten oma käsitys sijoitussyistä lähihoito-osastolle. Näitä sijoitussyitä ovat koulunkäyntiongelmien, huumeiden ja päihteiden käyttö, ongelmat aikaisemmassa sijoituspaikassa, karkailu koulutuskeskuksesta, itsetuhoisuus, ongelmat koulutuskeskuksessa, ongelmat lomalla, karkailu edellisestä sijoituspaikasta, ongelmat lähihoito-osastolla, rikollinen käyttäytyminen. Yleisimmät haastateltujen

nuorten kokemat sijoitussyyt olivat päihteiden ja huumeiden käyttö sekä karkailu koulutuskeskuksesta. (Kitinoja 2008b, 117.)

Haastatellut nuoret olivat sitä mieltä, että lähihoidosta on enemmän hyötyä kuin haittaa. Kaikkien kahdentoista nuoren mielestä lähihoito-osastotyyppiselle hoidolle on tarvetta. Vaikka vastauksista korostuivat lähihoidon tiukat säännöt ja rajoittaminen, haastatellut kokivat tiukkuuden edistäneen kasvua ja myönteistä kehitystä. Lähihoito oli auttanut nuoria pysähtymään ja pääsemään irti käyttäytymisestä, jota he eivät itsekään pitäneet toivottuna. Suurin osa haastatelluista koki, että lähihoito auttaa niissä ongelmissa, joiden vuoksi heidät itse sijoitettiin osastolle. (Kitinoja 2008b, 118–120.)

## 6.2 Kitinojan tutkimus koulukoteihin sijoitetuista nuorista

Koulukodilla on pitkäaikainen asema viimesijaisena vaikeahoitoisten nuorten laitoksena (Pösö 2004, 5; Kitinoja 2005, 65). Esittelen tässä Manu Kitinojan (2005) tutkimuksestaan saamia tuloksia valtion koulukoteihin vuonna 2000 sijoitettujen nuorten ongelmista ja sijoituksen tavoitteista. Edellisessä kappaleessa esittelin valtion koulukotien erityisen huolenpidon tai sitä vastaaviin yksiköihin sijoitettujen nuorten ongelmia. Vaikka Kitinojan tutkimuksessa ei olekaan kyse erityisen huolenpidon kaltaisista yksiköistä, vaikeahoitoisuus näkyy myös koulukotien nuorten ongelmissa, ja tämän vuoksi myös Kitinojan tutkimustuloksia on mielekästä vertailla itse saamiini tuloksiin.

Kitinojan tutkimuksessa nuorilla eniten esiintyi käyttäytymispiirteisiin ja toimintatapoihin liittyviä ongelmia 28,6 prosentilla. Toiseksi eniten esiintyi kouluongelmia ja kolmanneksi eniten päihdeongelmia. Muita esiintyneitä ongelmia yleisimmästä harvinaisimpaan olivat ongelmat sijaishuoltopaikassa, rikollisuus, mielenterveyden häiriöt, seuraan liittyvät ongelmat, muut ongelmat, somaattiset ongelmat ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät ongelmat. (Kitinoja 2005, 203.) Kouluongelmista yli puolet, 52,1 prosenttia, oli koulupoissaoloja (Kitinoja 2005, 209).

Samoilla nuorilla koulukotisijoituksen yleisin tavoite 22,1 prosentilla liittyi koulunkäyntiin. Toiseksi yleisin tavoite liittyi rajojen asettamiseen. Alle kymmenellä prosentilla oli kasvun ja kehityksen turvaamiseen ja päihdehoitoon liittyviä tavoitteita. Alle neljällä prosentilla oli rikosten lopettamiseen, psykiatriseen hoitoon, perheen ihmissuhteisiin ja itsenäistymiseen liittyviä tavoitteita. (Kitinoja 2005, 240.)

### 6.3 Tehostetun huolenpidon vaikutus nuoren elämään

Kymmenen vuotta sitten valmistui Ann-Marie Petterssonin tekemä Diakonia-ammattikorkeakoulun Kauniaisten yksikön opinnäytetyö ”Muuttuiko suunta? Etappihoidon – tehostetun huolenpidon – vaikuttavuus nuoren elämään”. Opinnäytetyössä on tutkittu sitä, mitä 16:lle noin kaksi vuotta ennen opinnäytetyön tekemistä Etapin käyneelle nuorelle kuuluu ja miten heidän käymänsä Etapin hoitajakso oli vaikuttanut heidän elämäänsä. Tutkimuksessa haastateltiin nuorten omien laitosten heitä silloin hoitaneita työntekijöitä. Tutkimuksessa vertailtiin, millaista muutosta nuoren Etapin hoitajaksolle asetetuissa tavoitteissa oli tapahtunut haastattelu hetkellä. (Pettersson 2001, 35–39.)

Haastatteluissa oli tutkittu muutosta seuraaviin asioihin liittyen: kontaktikyky ja sosiaaliset taidot, itsehallinta- ja kontrollikyky, itsetunto ja omanarvontunto, koulunkäynti tai työssäkäynti, kiinnittyminen ja sitoutuminen, päihteiden käyttö, lainvastaiset teot, psyykinen hyvinvointi ja suhtautuminen tulevaisuuteen. Suurimmassa osassa näistä vertailtavista asioista muutosta oli tapahtunut parempaan suuntaan tai tilanne oli pysynyt samana, koska asian kanssa ei alun perinkään ollut ongelmia. Suurin ryhmä nuorista oli sellaisia, joiden tavoitteet olivat toteutuneet hyvin ja tapahtuneet muutokset olivat olleet suhteellisen pysyviä. Kuudesta nuoresta koostuvan ryhmän nuorten tavoitteet toteutuivat hyvin, mutta muutokset eivät olleet pysyviä. Yhden nuoren kohdalla tavoitteet eivät olleet toteutuneet eikä Etappi-jakso ollut tuonut muutosta nuoren tilanteeseen. Tämä nuori erottui muista siinä, että Etapin hoitajaksolle tullessaan hänellä oli ollut psyykkisiä ongelmia, masennusta, aggressiivisuutta ja itsetuhoisuutta jo usean vuoden ajan. (Pettersson 2001, 47–58.)

Tutkimuksen perusteella nuoren hoidon onnistumiseen Etapissa vaikutti haastatteluiden perusteella eniten hyvin strukturoitu päiväohjelma ja säännöllinen päivärytmi. Lähes kaikkien haastatteluun vastanneiden mielestä Etappihoito on hyödyllinen käytöshäiriöisten nuorten hoidossa. (Pettersson 2001, 66–67.)

#### 6.4 Erityinen huolenpito osana suomalaista lastensuojelun laitoshuoltoa

Janne ja Mari Puolitaipaleen vuonna 2006 tekemä pro gradu – tutkielma ”Erityinen huolenpito osana suomalaista lastensuojelun laitoshuoltoa” selvittää erään valtion koulukodin lähihoito-osastolle eli erityisen huolenpidon osastolle sijoitettujen nuorten kokemuksista, tukeeko osaston arki heidän elämänhallintaansa (Puolitaival & Puolitaival 2006, 1). Tuon esiin gradusta vain muutamia tuloksia, jotka liittyvät omaan tutkimukseeni.

Haastatellut nuoret kokivat, että lähihoito-osasto antaa mahdollisuuden pysähtyä miettimään omaa elämää. Useimmilla näistä nuorista oli koulunkäynnissä ongelmia ja useampien asenne koulunkäyntiä kohtaan oli vakavoitunut. Yleisesti nuoret eivät kokeneet, että heidän kaveripiirillään oli ollut vaikutusta heidän lähihoito-osastolle joutumisessaan. Nuorten puheista erottui myös tulevaisuuden suunnittelu. Nuorten vastauksista tuli esiin kuitenkin selvästi kielteinen sävy koskien erityisesti luottamuksen ja yksilöllisyyden puutetta. (Puolitaival & Puolitaival 2006, 44–76.)



## 7 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tein opintoihini kuuluvan viimeisen harjoittelun Etapissa keväällä 2011. Yksi harjoitteluni päätavoitteista oli löytää opinnäytetyön aihe, jossa Etappi toimisi työelämäyhteytenä. Luvussa 7.4 esittelemäni Ann-Marie Petterssonin opinnäytetyö on ainoa tutkimus, joka Etappiin on tähän mennessä tehty. Tutkimuksesta on kulunut aikaa jo kymmenen vuotta ja tällöin Etappi ei ollut vielä virallisesti erityisen huolenpidon yksikkö.

Päätös erityisen huolenpidon säätämisestä lailla ei ollut yksinkertaista ja se sisälsi monia kysymyksiä muun muassa suljetun hoidon eettisyydestä. Kun Etappi on nyt toiminut vuodesta 2008 virallisena erityisen huolenpidon yksikkönä, on erityisen tärkeää, että sen hoitoa kehitetään ja hoidon vaikuttavuutta tutkitaan.

### 7.1 Etapin toiveet tutkimuksen tavoitteista

Etapilla oli todellinen tarve ja kiinnostusta saada monenlaista tutkimustulosta yksikkönsä liittyen. Etsin aihetta tutkimukselleni yhdessä Etapin silloisen vastaavan hoitajan ja Etapissa työskentelevän harjoittelunohjaajani kanssa. Heidän mielestään oli tärkeää, että joku tutkisi ja luokittelisi, millaisia tulosityitä Etapin hoitojaksolle tulleilla nuorilla on nykyään, miten tulosityyt ovat muuttuneet ja mihin suuntaan tulosityyt ovat mahdollisesti kehitymässä.

Lisäksi oli hyvä saada tietoa myös hoidon vaikuttavuudesta luokittelemalla näille nuorille asetettuja hoidon tavoitteita ja tutkimalla sitä, miten tavoitteet ovat toteutuneet hoitajakson aikana. Känkäsen ja Laaksosen tekemän selvityksen sijais- huollon ja jälkihuollon nykytilasta ja kehittämistarpeista mukaan erityisen huolenpidon vaikuttavuudesta ei ole riittävästi tutkittua tietoa. Hoidon vaikuttavuudesta ja erityistä huolenpitoa vaativien lasten tyypeistä olisi tärkeää tehdä tutkimusta. (Känkänen & Laaksonen 2006, 12.)

Jotta lasten hyvinvointiin käytettävät voimavarat voitaisiin suunnata oikein, tarvitaan monenlaista tietoa lasten elinoloista, palveluista, ongelmista ja myönteis-

tä kehityksestä (Puonti 2004, 280; Forssen 1997). Etapin työyhteisölle tutkimukseni on merkittävä, sillä he saavat tutkittua tietoa nuorten tulosityistä ja niiden muutoksesta sekä hoidon vaikuttavuudesta tavoitteiden toteutumisen tarkastelun kautta. Tutkimustulosten pohjalta Etapin työryhmä voi arvioida, vastaako tällä hetkellä annettava hoito olemassa olevaan tarpeeseen ja onko Etapin hoito kehittynyt samassa suhteessa kuin nuorten hoidollinen tarve. Tämä auttaa osaltaan työryhmää näkemään sitä, mihin suuntaan hoitoa tulisi kehittää ja onko osaston asiakasprofiilissa tapahtunut muutos eli ovatko nuoret esimerkiksi nykyään vaikeahoitoisempia kuin aiemmin. (Haapamäki 2011; Honkalammi 2011.) Tutkiva työote edesauttaa lastensuojelun kehittämistä ja antaa välineitä työn arviointiin ja kehittämiseen. Tutkimustieto voi auttaa lastensuojelun parissa työskentelevien päättäjien ja toimijoiden kohdentamaan työnsä asiakaslähtöisemmin ja tehokkaammin. (Puonti 2004, 280.)

## 7.2 Tutkimustehtävä

Keskusteltuani työntekijöiden kanssa päätin ottaa tarkasteltavaksi vuodet 2005 ja 2010, sillä vuosi 2010 toisi melko tuoretta tietoa hoidettavien nuorten nykytilasta. Viisi vuotta oli myös riittävän pitkä aika nähdä tarkastelemissani asioissa mahdollisesti tapahtuneen muutoksen suunta. Lisäksi kyseisten vuosien valintaan vaikutti se, että vuonna 2006 otettiin laissa virallisesti käyttöön erityisen huolenpidon käsite ja lastensuojelulaki uudistui vuonna 2008 (Laki lastensuojelulain muuttamisesta 2006, Lastensuojelulaki 2008). Nämä muutokset toivat lisämielenkiintoa tulosityiden ja tavoitteiden tarkasteluun.

Tutkimuskysymykseni on kaksiosainen. Ensiksi selvitän, mitkä olivat Etapin hoitojakson vuosina 2005 ja 2010 käyneiden nuorten hoidon tulokset, ja onko niissä tapahtunut muutos ja millainen tämä muutos on. Toiseksi tarkastelen näiden nuorten hoidolle asetettuja tavoitteita, niissä mahdollisesti tapahtunutta muutosta ja sitä, miten nämä tavoitteet toteutuivat jakson aikana. Lisäksi tarkastelen edellä mainittua kahta pääkysymystä muutamien lisäkysymysten näkökulmasta.

Lisäkysymykseni ovat seuraavat: Mikä on nuorten ikä- ja sukupuolijakauma? Näkyykö tulosityissä tiettyjä painotuksia suhteessa nuoren sukupuoleen? Mikä oli nuoren sijoituspaikka ennen ja jälkeen hoitojakson ja vaihtuiko sijoituspaikka hoitojakson aikana? Näkyykö kaksi hoitojaksoa saman vuoden aikana käyneiden nuorten tulosityissä, hoidon tavoitteissa ja tavoitteiden toteutumisessa eroja suhteessa nuoriin, jotka kävivät hoitojakson vain kerran saman vuoden aikana? Miten nuoret osallistuivat hoitojakson ryhmiin ja miten nuorten ryhmiin osallistumisen aktiivisuus näkyi suhteessa tulosityihin ja hoidon tavoitteiden toteutumiseen? Lisäksi tutkimukseni sisältää pientä tarkastelua hoitoyhteenvetojen kirjaamisesta ja rakenteista.

## 8 AINEISTO JA ANALYYSI

Hain tutkimukselleni luvan Helsingin kaupungin sosiaalivirastolta, sillä aineistoni sisälsi salassapidon alaisia tietoja. Huolellinen tutkimussuunnitelman teko ja tutkimuslupahakemuksen täyttö edesauttoi luvan nopeaa saamista. Sain aineiston käyttööni saatua virallisen luvan toukokuun 2011 lopussa.

Aineisto koostuu 69 hoitoyhteenvedosta, joista 35 oli vuodelta 2005 ja 34 vuodelta 2010. Hoitoyhteenvedojen (69) yhteen laskettu sivumäärä on 374 A4 kokoista sivua. Vuoden 2005 hoitoyhteenvedojen sivumäärä on yhteensä 168 ja vuoden 2010 yhteensä 206 sivua.

### 8.1 Aineiston kuvaus ja läpikäyminen

Käytin tutkimukseeni sekundaariaineistoa, mikä tarkoittaa, että aineisto oli valmiiksi kerättyä. Tutkimusongelmien ratkaisemiseksi aineistoa ei tarvitse aina kerätä itse. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 186.) Aineistoni on vuonna 2005 ja 2010 Etapin hoitajakson käyneiden nuorien hoitoyhteenvedot, jotka tulostin itselleni Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien sisäisestä, osastojen yhteisestä, tiedostosta. Rajasin aineistokseni vain hoitoyhteenvedot, sillä arvioin, että niiden lisäksi muiden nuorten dokumenttien etsiminen ja käyttö kävisi liian työlääksi. Hoitoyhteenvedon laatii nuoren Etapin hoitajakson aikainen omahoitaja tai – hoitajat aina nuoren hoitajakson päätyttyä. Hoitoyhteenvedo sisältää tiivistetyn kuvauksen nuoren hoitajakson kulusta ja sen onnistumisesta. Hoitoyhteenvedoissa on pääsääntöisesti kerrottu nuoren hoitoon tulosityt, hoidon tavoitteet ja niiden toteutuminen sekä jatkosuunnitelmat.

Noudettunani hoitoyhteenvedot Naulakalliosta ja luettuani ne ensimmäisen kerran läpi jouduin käymään vielä täydentämässä ja tarkistamassa aineistoani muutamien epäselvyyksien vuoksi. Manu Kitinojan mukaan asiakirja-aineistoa käytettäessä tutkimuksen tavoitteet käyvät tutkijalle selkeästi esille vasta, kun tutkimusaineisto on käyty kokonaan läpi (Kitinoja 2005, 115). Kun sain hoitoyhteenvedot ja luin ne, näin niiden todellisen sisällön ja minulle selvisi, miten eri

tavoin voin niitä hyödyntää. Vasta tässä vaiheessa tutkimukseni lisäkysymykset alkoivat muotoutua. Hoitoyhteenvedot olivat rakenteeltaan melko samankaltaisia. Pääsääntöisesti ne sisälsivät tiedot nuoren tulositystä, hoidon tavoitteista, tavoitteiden toteutumisesta, hoidon kulusta, ryhmiin osallistumisesta sekä neuvottelujen ja muiden tapaamisten sisällöistä.

Aineistoni on kaikki ne Etapin hoitajakson käyneiden nuorten hoitoyhteenvedot, joissa hoito oli alkanut joko vuonna 2005 tai 2010. Vuosien viimeiset jaksot myös päättyivät saman vuoden puolella lukuun ottamatta yhtä hoitoyhteenvedoa, joka koskee kahta peräkkäistä jaksoa, joista jälkimmäinen oli vuoden 2011 puolella. Etappiin mahtuu korkeintaan viisi nuorta kerralla. Jokaisella vuonna 2005 alkaneella jaksolla oli viisi nuorta. Vuonna 2010 kolmella jaksolla oli vain kolme nuorta, muilla jaksoilla viisi.

Osan nuorten hoitoyhteenvedot koskevat kahta jaksoa. Nämä nuoret olivat käyneet kaksi Etapin hoitajaksoa peräkkäin tai hoitajakset olivat hyvin lähekkäin, jolloin jaksoista oli tehty yhteinen hoitoyhteenvedo. Joissakin näistä hoitoyhteenvedoista ensimmäinen ja toinen hoitajakso ja niissä esiintyneet nuoren hoitoon tulosyyt ja hoidon tavoitteet oli eritelty. Suurimmassa osassa hoitoyhteenvedoista jaksot oli kuitenkin yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi. Päätin käsitellä kaikkia näitä kahdeksaa hoitoyhteenvedoa yhtenä jaksona, koska niistä oli kuitenkin tehty vain yksi hoitoyhteenvedo. Yhden kahta jaksoa koskevan hoitoyhteenvedon toinen jakso oli siis vuonna 2010, mutta toinen jakso jo vuoden 2011 puolella. Käsitelin tätä hoitoyhteenvedoa silti samalla tavoin kuin kaikkia muitakin kahta jaksoa koskevia hoitoyhteenvedoja, sillä näitä kahta jaksoa ei ollut eritelty toisistaan.

## 8.2 Analyysimenetelmät

Käytännössä analyysimenetelmien rajat eivät ole selkeitä ja usein eri analyysitavat kietoutuvat toisiinsa. Vaikka aineistoni on laadullinen, käytän analysointimenetelmänä kvantitatiivista analyysia. Hyödynnän tutkimuksessani

useampaa eri analysointimenetelmää, teemoittelua, kvantifiointia ja luokittelua. (Silius 2008.)

Teemoittelu on aineiston pilkkomista ja järjestämistä erilaisten aihepiirien mukaan. Teemoja eli keskeisiä aiheita muodostetaan aineisto- ja teorialähtöisesti. Aineistosta pyritään löytämään tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet. (Eskola & Suoranta 2001, 174–175.) Teemoihin vaikuttivat myös tarkastelemani aiheeseeni liittyvät tutkimukset, joissa oli myös tehty vastaavanlaisia luokitteluja. Oman tutkimukseni keskeiset teemat nousivat pääasiassa aineistosta eli hoito-yhteenvedoista.

Teemojen muodostukseen voidaan käyttää koodausta, joka tarkoittaa aineistoa jäsentevien ja luokittelevien merkintöjen, kuten alleviivauksien, tekemistä aineistoon. Koodattavat asiat voivat olla esimerkiksi sanoja tai lauseita. Merkinnot toimivat muistiinpanoina omista kohdalle annetuista tulkinnoista ja jäsentävät tekstin sisältöä. Koodatun aineiston käsittely helpottaa sen käsittelyä myöhemässä tutkimuksen vaiheessa. Merkitsin koodeilla aineistossani vain sellaiset asiat, joita tutkimukseni koskee ja joita aion siinä hyödyntää. (Eskola & Suoranta 2001, 174–180.)

Näin siis myös määrällisen analyysin soveltaminen laadulliseen aineistoon on mahdollista. Tätä kutsutaan kvantifioinniksi. Teemojen määrää voi laskea ja luokitella esimerkiksi taulukoimalla niitä. Aineistosta siis voidaan muodostaa luokkia ja laskea näiden luokkien esiintymistä. (Eskola & Suoranta 2001, 164–174.)

Luokittelussa kohteena oleva joukko jaetaan luokkiin. Luokkiin sijoitetut tapaukset tai kohteet jakavat jonkin saman ominaisuuden tai niiden ominaisuudet muistuttavat toisiaan. Usein tällaisia luokitteluja kuvataan tilastollisten menetelmien avulla. (Jyväskylän yliopisto.)

### 8.3 Aineiston analyysi ja luokittelu

Tutkimuksessani on sekä laadullisia että määrällisiä aineksia. Pelkistetyimmillään laadullinen aineisto on ilmiasultaan tekstiä (Eskola & Suoranta 2001, 15). Tutkimukseni laadullinen osuus on hoitoyhteenvedot, jotka muodostuvat kirjoitettusta tekstistä. Kyetäkseni analysoimaan tuloksia helpommin, muutin aineistoni määrälliseen muotoon tutkimusohjelman avulla. Kvantitatiivisessa analyysissä on keskeistä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Lisäksi valmiiden aineistojen tietoja on usein muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava, jotta tietoista tulisi vertailukelpoisia (Hirsjärvi ym. 2009, 189).

Hoitoyhteenvedojen kirjauksista löytyi epäjohdonmukaisuutta ja puutteita, jotka vaikeuttivat luokittelua. Poimin hoitoyhteenvedoista kaikki yksittäiset tulokset ja hoidon tavoitteet. Alleviivasin tarkastelemistani hoitoyhteenvedoista niissä mainitut tulokset ja hoidon tavoitteet. Merkitsin rastilla toteutuneet tavoitteet. Luokittelin tuloksia ja hoidon tavoitteita ryhmiin niiden samankaltaisuuden perusteella. Merkitsin pystyviivalla, kuinka monta kertaa kutakin tulosta ja tavoitetta esiintyy, jotta näen, millaisten ryhmien muodostaminen olisi tärkeää. Muodostin hoitoyhteenvedoista poimimistani tuloksista ja hoidon tavoitteista ryhmiä, joiden alle kaikki nämä yksittäiset tulokset ja hoidon tavoitteet sopivat (ks. liite 1).

Hoitoyhteenvedoissa nuoren hoitoon tulokset oli kerrottu melko selkeästi. Ne piti kuitenkin useimmiten poimia tekstin joukosta, jossa kerrottiin yleisesti nuoren tilanteesta ja aikaisemmista lastensuojelun asiakkuuteen liittyvistä elämän vaiheista. Kahdessa vuoden 2005 hoitoyhteenvedossa tuloksia ei ollut mainittu ollenkaan. Toisessa näistä oli mainittu yksi tulos sivulauseessa. Tulosten luokittelua vaikeutti se, että jotkut tulokset vaikuttivat enemmänkin hoidon tavoitteilta. Eräessä hoitoyhteenvedossa esimerkiksi mainittiin tulos psykologin arviointi, kun useimmissa hoitoyhteenvedoissa tämä oli merkitty hoidon tavoitteeksi. Lisäksi sekaannusta saattoi aiheuttaa aiemmista laitoksista mainitut tulokset ja muut kerrotut ongelmat nuoren elämässä. Ongelmia luokitteluun tuottivat myös sellaiset tulokset, jotka kuuluivat tavallaan kahteen tai useampaankin ryhmään. Esimerkiksi häiriökäyttäytyminen koulussa kuuluu sekä kou-

lunkäyntiongelmien että käyttäytymisen ongelmien alle. Tässä tapauksessa luokittelin sen koulunkäyntiongelmien alle, sillä ei voida tietää, esiintyykö häiriökäyttäytymistä myös muualla (ks. liite 1).

Luokittelun perusteella tulosityitä muodostui yhteensä 28. Esimerkiksi tulossyy ”ongelmat psyykkisessä voinnissa” alle sisältyy seuraavanlaisia hoitoyhteenvedoissa mainittuja yksittäisiä tulosityitä: psyykkinen huonovointisuus, itsetuhoisuus, itsetuhopuheet ja -ajatukset, viiltely, itsemurhayritys, mielialan vaihtelut, masennus, sekava käytös, epävakaa psyykkinen vointi, huoli psyykkisestä voinnista, vetämättömyys, huoli masennuksesta ja itsetuhoisuudesta ja näköalattomuus omaan elämään (ks. liite 2).

Muihin tulosityihin luokittelin sellaisia yksittäisiä tulosityitä, joita esiintyi vain yhden kerran koko aineistossa. Muihin tulosityihin luokittelin esimerkiksi psyykkisen tilan arvioinnin ja psykiatrisen hoitokontaktin selvittämisen, koska siitä huolimatta, että ne oli merkitty tulosityiksi, ne vaikuttavat enemmän hoidon tavoitteilta. Niiden taustalta löytyviä ongelmia ei voida varmuudella tietää ja tämän vuoksi en merkinnyt niitä psyykkisen huonovointisuuden alle (ks. liite 1).

Hoidon tavoitteet oli kerrottu useimmiten selkeästi ranskalaisin viivoin tulosityiden jälkeen. Hoidon tavoitteiden toteutumisen löytämiseksi jouduin useimmissa hoitoyhteenvedoissa tekemään enemmän töitä. Tavoitteiden toteutuminen oli kirjattu periaatteessa hoitoyhteenvedon loppuun. Viimeinen kappale sisälsi ikään kuin tiivistelmän tavoitteiden toteutumisesta, ja joissakin hoitoyhteenvedoissa tässä kohtaa kerrottiin esimerkiksi tavoitteiden onnistumisesta kokonaisuutena.

Monien hoitoyhteenvedojen lopussa kerrottiin kuitenkin vain osan tavoitteiden toteutumisesta tai sitten toteutumisesta oli kerrottu niin epämääräisesti, että loppujen lopuksi jäi epäselväksi, toteutuiko tavoite vai ei. Usein jouduin etsimään vastauksen kaikkiin tai osaan tavoitteiden toteutumisesta muualta hoitoyhteenvedosta. Tämä edellytti hoitoyhteenvedojen huolellista läpilukua. Joidenkin tavoitteiden toteutumisesta ei ollut mitään mainintaa.



Hoidon tavoitteita muodostui yhteensä 38. Hoidon tavoitteeseen ”psyhyken vahvistaminen” sisältyy seuraavanlaisia hoitoyhteenvedoissa mainittuja yksittäisiä hoidon tavoitteita: omien tunteiden läpikäyminen, identiteetin löytäminen ja tukeminen, keinoja ahdistuksen hallintaan, pelkojen ja huolien lievittäminen, minäkuvan tarkastelu, tunteiden näyttäminen, tunteista puhuminen, hallinta- ja auttamiskeinojen etsiminen ja vaikeiden asioiden kohtaaminen (ks. liite 1).

Muihin hoidon tavoitteisiin sisällytin sellaiset yksittäiset tavoitteet, jotka esiintyivät koko aineistossa vain yhden kerran. Tällainen tavoite oli esimerkiksi peliriippuvuus. Muihin hoidon tavoitteisiin sisällytin myös joitakin hoitoyhteenvedoissa esiintyneitä epämääräisesti ilmaistuja tai laajoja tavoitteita, koska niitä oli vaikea luokitella. Tällaisia olivat esimerkiksi nuoreen tutustuminen tai sijoituksen arviointi (ks. liite 1).

Hoitoyhteenvedoissa pysäytys oli mainittu yksinään tavoitteena ilman, että sitä oli tarkemmin selitetty. Joissakin hoitoyhteenvedoissa pysäytys oli mainittu liitteen johonkin toiseen tavoitteeseen. Näissä tapauksissa luokittelin tavoitteen muuhun kuin pysäytys-ryhmään, esimerkiksi pysäytys päihteidenkäytön suhteen sisältyy päihteettömyyden tukeminen -tulosityn alle.

Jo luokitteluvaiheessa näkyi, mitä tulosityitä ja hoidon tavoitteita esiintyi eniten ja mitä taas vain muutaman kerran. Tarkkojen lukujen selvittämisen ja niiden vertaileminen keskenään oli kuitenkin välttämätöntä tarkkojen tutkimustulosten saamiseksi.

#### 8.4 Webropol ja Excel apuvälineenä

Webropol on datan analysointi- ja kyselytyökalu. Webropol toimii internetissä ja sen käyttämiseen vaaditaan henkilökohtaiset käyttäjätunnukset. (Webropol.) Tehtyäni luokittelun syötin tiedot Webropoliin kyselylomakkeen avulla, johon vastasin itse nuorten hoitoyhteenvedojen perusteella. Näin sain hoitoyhteenvedojen sisältämän tiedot numeeriseen ja helposti analysoitavaan muotoon.

Valmiita aineistoja on usein muokattava esimerkiksi numeeriseen muotoon, jotta ne soveltuvat käytettäväksi omaan tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 186). Tarkastelin ja ristiintaulukoin saamiani tuloksia. Kirjasin ohjelman avulla saamani tulokset raportiksi. Käytin tulosten taulukoinnissa, jäsentämisessä ja laskemisessa apuna Excel -ohjelmaa.

## 9 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoitoyhteenvetoja oli yhteensä 69, joista 35 vuonna 2005 ja 34 vuonna 2010. Tarkastelin molempien vuosien tuloksia yhdessä ja erikseen. Hoitoyhteenvetojen sivumäärä liikkui neljän ja seitsemän välillä. Selkeästi eniten oli viisisivuisia hoitoyhteenvetoja molempina vuosina (ks. liite 5).

Vuonna 2010 ei ollut yhtään kolmesivuista hoitoyhteenvetoa, mutta vuonna 2005 niitä oli kaksi. Vuonna 2010 oli muutama 8–10 sivuinen hoitoyhteenveto, mutta vuonna 2005 pisimmät hoitoyhteenvedot olivat seitsemänsivuisia, ja niitäkin vain kaksi. Tämän perusteella on selkeää, että hoitoyhteenvedot olivat vuonna 2010 keskimäärin pidempiä kuin vuonna 2005 (ks. liite 5). Lastensuojelulain muutos on mahdollisesti ollut vaikuttamassa hoitoyhteenvetojen pituuden muutoksen taustalla, sillä lastensuojelulain uudistumisen myötä säädettiin myös erityisessä huolenpidossa olevaa lasta koskevasta kirjaamisesta. Lain mukaan erityisen huolenpidon aikana on pidettävä kirjaa erityisen huolenpidon toteuttamista koskevista toimenpiteistä ja niiden vaikutuksesta lapseen ja hänen tilanteeseensa. (Lastensuojelulaki 2008.)

### 9.1 Kahdeksalla nuorella kaksi hoitojaksoa

Hoitoyhteenvetoja, jotka koskivat saman nuoren kahta Etapin hoitojaksoa, oli yhteensä kahdeksan. Koko aineistosta siis yhteensä kahdeksan nuorta kävi jakson kaksi kertaa peräkkäin tai hyvin lähekkäin. Kaikki kaksi jaksoa käyneet nuoret olivat hoitojaksolla vuonna 2010. Tämän tuloksen perusteella tarve kahden hoitojaksoon peräkkäin tai lyhyen ajan sisällä olisi kasvanut vuodesta 2005 vuoteen 2010.

## 9.2 Sukupuoli- ja ikäjakauma

Tyttöjä oli kaiken kaikkiaan 69 nuoresta 41 ja poikia 28. Vuonna 2005 tyttöjä oli 35 nuoresta 19 ja poikia 16. Vuonna 2010 tyttöjä oli 34 nuoresta 22 ja poikia 12. Tyttöjä oli molempina tarkasteluvuosina enemmän ja tyttöjen määrä näyttää kasvaneen hieman. Vuonna 2005 hoitajaksolla oli eniten vuonna 1990 syntyneitä nuoria eli he olivat jaksolla 14–15 vuoden ikäisiä. Myös vuonna 2010 hoitajaksolla oli eniten 14–15 vuoden ikäisiä nuoria. He olivat syntyneet vuonna 1995. Viidestä hoitoyhteenvedosta puuttui nuoren syntymäaika (ks. liite 5).

## 9.3 Nuorten tulokset Etapin hoitajaksolle

Puhuessani tuloksista saaduista tuloksista, tarkoitan luokittelun kautta muodostamiani tulosityryhmiä, joiden alle sisältyy monia yksittäisiä tulosityitä, joista annan esimerkin kappaleessa 10.2. Tulosityryhmien alle sisältyvät yksittäiset tulokset näkyvät liitteestä (ks. liite 1).

Yhteensä molempina vuosina tulosityitä oli kaiken kaikkiaan 327. Vuonna 2005 tulosityitä oli yhteensä 155 ja vuonna 2010 yhteensä 170. Koko aineistoa tarkasteltaessa nuoren keskimääräinen tulosten määrä oli noin 4,9. Vuonna 2005 se oli noin 4,7 ja vuonna 2010 tasan 5. Kahdessa vuoden 2005 hoitoyhteenvedossa nuoren tulosityitä ei ollut mainittu ollenkaan. Nämä kaksi hoitoyhteenvetoa jätin ulkopuolelle laskiessani keskimääräistä tulosten määrää. Tulosten määrä kokonaisuutta tarkasteltaessa oli kasvanut. Nuorten keskimääräinen tulosten määrä oli kasvanut hieman. Tämä antaa viitteitä siitä, että nuorten moniongelmaisuus on hieman kasvanut. Jos vuoden 2005 kahdesta hoitoyhteenvedosta puuttuvat tulokset olisivat tiedossa ja ne lisättäisiin tulosten kokonaistulokseen, vuosien välillä ei välttämättä olisi eroa tai erot olisivat nykyistäkin pienempiä (ks. liite 2).

## Liite 2. Hoidon tulokset

Tulosyy	Aineistovuosi		Yhteensä
	2005	2010	
Karkailu	20	24	44
Päihteidenkäyttö	16	17	33
Poissaolot koulusta	15	13	28
Rajattomuus	11	13	24
Ongelmat psyykkisessä voinnissa	15	7	22
Aggressiivinen käyttäytyminen	8	9	17
Muut kuin poissaoloihin liittyvät koulunkäyntiongelmat	8	8	16
Kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan	6	10	16
Rikollinen käyttäytyminen	7	7	14
Henkinen väkivaltaisuus	8	2	10

Koko aineistossa eniten esiintyi tulostyynä karkailua, joka oli tulostyynä 44 nuorella eli yli 60 prosentilla. Toiseksi ja kolmanneksi suurimmat tulostyryhmät olivat päihteidenkäyttö ja poissaolot koulusta. Neljänneksi eniten esiintyi rajattomuutta ja viidenneksi eniten psyykkisen voinnin ongelmia. Muihin tulostyihin luokittelemiani, psyykkisiin ongelmiin viittaavia, hoidon tavoitteilta vaikuttavia tulostyitä esiintyi yhteensä viisi. Niiden lisääminen psyykkisen voinnin ongelmien alle nostaisi tulostyyn neljänneksi suurimmaksi. Tämä ei toisi tutkimustulosten kokonaistarkasteluun kuitenkaan merkittävää muutosta (ks. liite 2).

Vuonna 2005 suurin tulosty oli karkailu, jota esiintyi 35 nuoresta 20:lla eli noin 57 prosentilla. Seuraavaksi yleisimmät tulosty olivat päihteidenkäyttö, psyykkisen voinnin ongelmat, poissaolot koulusta ja rajattomuus. Jos ryhmästä ”muu tulosty” ottaisi aikaisemmin mainitsemallani tavalla psyykkisistä ongelmista kertovat hoidon tavoitteilta vaikuttavat tulosty ja lisäisi ne psyykkisen voinnin ongelmiin, nousisivat psyykkisten voinnin ongelmat vuonna 2005 toiseksi yleisimmiksi tulostyiksi (ks. liite 2).

Vuonna 2010 yleisin tulosty oli myös karkailu, jota esiintyi 34 nuoresta peräti 24:lla eli noin 71 prosentilla. Seuraavaksi yleisimmät tulosty olivat päihteidenkäyttö, rajattomuus, poissaolot koulusta ja kiinnittymisen vaikeus sijoituspaikkaan. Muu tulosty -ryhmästä psyykkisiin ongelmiin viittaavien tulostyiden liittäminen psyykkisten ongelmien ryhmään ei vaikuttaisi näihin viiteen yleisimpään tulostyhyyn, sillä vuonna 2010 psyykkisen voinnin ongelmia oli selvästi vähemmän kuin vuonna 2005 (ks. liite 2).

28 tulossyystä oli tapahtunut lievää kasvua 9:ssä. Muut tulossyöt -ryhmässä näyttää tapahtuneen kasvua. 14 tulossyön määrä oli pysynyt täysin samana tai lähes samana ja neljän kohdalla oli tapahtunut laskua tai lievää laskua.

Koko aineiston yleisimpiä tulossyitä tarkasteltaessa karkailun, päihteidenkäytön, poissaolojen koulusta ja rajattomuuden määrissä ei näytä tapahtuneen suuria muutoksia vuosien 2005 ja 2010 välillä. Ne ovat laskeneet tai kasvaneet vain hieman. Ne näyttävät pysyneen yleisinä tulossyinä Etappiin. Psykkisen voimien ongelmien esiintyvyydessä näyttää sen sijaan tapahtuneen laskua. Vuonna 2005 psyykkisten voimien ongelmat olivat tulossyynä yli kaksi kertaa useammin vuoteen 2010 verrattuna (ks. liite 2).

Seuraavien tulossyiden määrissä ei ole tapahtunut vuosien 2005 ja 2010 välillä mitään tai juuri mitään muutosta: aggressiivinen käyttäytyminen, muut kuin poissaoloihin liittyvät koulunkäyntiongelmät, rikollinen käyttäytyminen, sosiaalisten suhteiden huolestuttavuus, vuorokausirytmien noudattamisen vaikeus, perheongelmät, terapiakontaktin onnistumattomuus, impulssikontrollin heikkous, seksuaalisen käyttäytymisen huolestuttavuus, vaikeudet rahankäytön hallinnassa, pahoinpitelyn tai raiskauksen uhriksi joutuminen, oman tahdon puute ja hoitokielteisyys (ks. liite 2).

Seuraavien tulossyiden määrissä, joita esiintyi vuonna 2010 2–4 nuorella enemmän kuin vuonna 2005, oli tapahtunut lievää kasvua: kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan, epäsosiaalinen käytös, omaa hyvinvointia vaarantava käytös, omien asioiden selvittelyminen vaikeaa, itsenäistymisen harjoittelun epäonnistuminen, kontaktin saamattomuus hatkojen aikana ja omaehtoisessa käytös. Huoli fyysisestä hyvinvoinnista oli tulossyynä kuudella nuorella vuonna 2005 ja yhdellä nuorella vuonna 2010. Henkinen väkivaltaisuus oli tulossyynä kahdeksalla nuorella vuonna 2005 ja kahdella nuorella vuonna 2005. Huoli fyysisestä hyvinvoinnista ja henkinen väkivaltaisuus tulossyinä olivat siis vähentyneet (ks. liite 2).

Tämän tarkastelun valossa voi nähdä, että merkittävää kasvua ei ole tapahtunut yhdessäkään tulossyössä. Ainoastaan tulossyiden, jotka luokittelevat muu tulossy -

ryhmään, määrässä näyttää tapahtuneen selkeää kasvua. Vaikeasti luokiteltavia, muista eroavia, tulosityitä on siis ollut vuonna 2010 enemmän kuin vuonna 2005 (ks. liite 2). Voidaan pohtia, ovatko nuorten ongelmat moninaistuneet ja onko heillä nykyään enemmän spesifejä eli erityisiä ongelmia, joiden esiintyminen on uutta, vai onko hoitohenkilökunnalla nykyään enemmän osaamista tunnistaa ja määritellä tällaisia ongelmia paremmin.

Hoitoyhteenvedot, jotka koskivat kahta jaksoa, olivat kaikki vuodelta 2010 ja niitä oli yhteensä kahdeksan, kuten aiemmin mainitsin. Näillä nuorilla yleisin tulosyitä oli karkailu ja toiseksi yleisin muut kuin poissaoloihin liittyvät koulunkäyntiongelmia. Tämän jälkeen eniten oli psyykkisen voimien ongelmia ja poissaoloja koulusta. Seuraavaksi eniten heillä oli päihteidenkäyttöä, kiinnittymisen vaikeuksia sijoituspaikkaan ja rajattomuutta. Kaksi jaksoa käyneiden nuorien yleisimmät tulosyitä näyttävät olevan samankaltaisia kuin muillakin nuorilla. Ainoa ero näkyy siinä, että heillä muut koulunkäyntiongelmia sijoittuvat yleisimpien tulosyiden joukkoon toisin kuin muilla nuorilla. Kaksi jaksoa käyneillä on siis hieman enemmän ongelmia koulunkäyntiin liittyvissä asioissa. Heillä oli myös suhteellisesti enemmän tulosyitä, jotka olin luokitellut muu tulosyitä -ryhmään.

Molempia vuosia yhdessä tarkasteltuna tytöillä esiintyi rajattomuutta, poissaoloja koulusta ja muita koulunkäyntiongelmia, karkailua ja kiinnittymisen vaikeuksia sijoituspaikkaan selkeästi enemmän kuin pojilla. Esimerkiksi poissaoloja koulusta esiintyi 19 tytöllä ja 9 pojalla. Karkailua esiintyi 29 tytöllä ja 15 pojalla. Kiinnittymisen vaikeuksia sijoituspaikkaan oli 12 tytöllä ja 4 pojalla. Nämä tulokset selittävät osittain tietysti myös se, että tyttöjä oli ollut kaiken kaikkiaan Etapissa enemmän kuin poikia. Voidaan kuitenkin nähdä selvästi, että pojilla oli enemmän rikollista käyttäytymistä kuin tytöillä. Sitä esiintyi 12 pojalla ja vain 2 tytöllä (ks. liite 3).

## Liite 3. Tyttöjen ja poikien hoidon tulokset

Tulosyy	Tyttö (T)		Poika (P)		Yhteensä	
	2005	2010	2005	2010	T	P
Karkailu	12	17	8	7	29	15
Päihteidenkäyttö	7	10	9	7	17	16
Poissaolot koulusta	9	10	6	3	19	9
Rajattomuus	7	8	4	5	15	9
Ongelmat psyykkisessä voinnissa	8	4	7	3	12	10
Aggressiivinen käyttäytyminen	3	4	5	5	7	10
Muut kuin poissaoloihin liittyvät koulunkäyntiongelmat	5	6	3	2	11	5
Kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan	3	9	3	1	12	4
Rikollinen käyttäytyminen	0	2	7	5	2	12
Henkinen väkivaltaisuus	4	1	4	1	5	5

Koko aineiston tulokset tarkastellessa näyttää siltä, että tulokset olisivat hieman monipuolistuneet. Vuonna 2005 kolme tulosta, epäsosiaalista käytöstä, itsenäistymisharjoittelun epäonnistumista ja kontaktin saamattomuutta hatkojen aikana, ei esiintynyt yhdelläkään nuorella, mutta vuonna 2010 näitä jokaista edellä mainittua tulosta esiintyi kahdella nuorella. Vuoden 2010 tulosten määrän esiintyminen nuorilla näyttää myös yleisesti tarkasteltuna jakautuneen hieman tasaisemmin kuin vuonna 2005 (ks.liite 2).

John Pittsin and Tarja Kuulan artikkelissa tuodaan esiin se, että Suomessa lastensuojelussa sekä lasten ja nuorten mielenterveysjärjestelmässä lapsen hoitoa ja suojelua sekä mielenterveys ja -päihdehoidon palveluita ei ole eritelty, vaan ne kietoutuvat toisiinsa. Tämä havainto viittaa siihen, että Suomessa yleisesti lastensuojelulapsilla olisi useita samanaikaisia ongelmia ja tämän mukaan myös lastensuojelun palvelut on järjestetty. (Pitts & Kuula 2005.)

#### 9.4 Nuorten Etapin hoitajakson tavoitteet

Puhuessani hoidon tavoitteista tarkoitan luokittelun kautta muodostamiani hoidon tavoiteryhmiä, joiden alle sisältyy yksittäisiä hoitoyhteenvedoissa esiintyneitä tavoitteita. Luokittelusta annoin esimerkin kappaleessa 10.2. Kaikki yksittäiset hoidon tavoitteet näkyvät liitteessä tutkimukseni lopussa (ks. liite 1).



Yhteensä molempina vuosina esiintyneitä hoidon tavoitteita oli kaiken kaikkiaan 389. Koko aineistoa tarkasteltaessa yhden nuoren keskimääräinen hoidon tavoitteiden määrä oli 5,6. Vuonna 2005 se oli 5,9 ja 5,6 vuonna 2010 eli tavoitteiden määrä oli hieman laskenut. Kumpanakaan vuonna ei ollut yhtään hoito-yhteenvetoa, jossa nuoren hoidon tavoitteita ei olisi mainittu (ks. liite 4).

#### Liite 4. Hoidon tavoitteet

	Aineistovuosi		Yhteensä
	2005	2010	
Koulunkäynnin tukeminen	21	19	40
Pysäytys	17	18	35
Psyykkisen kunnon arviointi	18	9	27
Sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen	11	16	27
Kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittely	14	11	25
Päihteidenkäytön arviointi	15	8	23
Perhesuhteiden työstäminen	13	8	21
Vuorokausirytmien palauttaminen	6	8	14
Karkailujen selvittäminen	10	3	13
Päihteettömyyden tukeminen	3	9	12

Koko aineistossa eniten esiintynyt hoidon tavoite, koulunkäynnin tukeminen, oli tavoitteena 40 nuorella eli noin 58 prosentilla. Koulunkäynnin tukeminen oli sekä vuonna 2005 että 2010 eniten esiintynyt hoidon tavoite. Toiseksi eniten esiintynyt hoidon tavoite oli pysäytys. Seuraavaksi eniten esiintyi psyykkisen kunnon arviointia, sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstämistä, kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittelyä, päihteiden käytön arviointia ja perhesuhteiden työstämistä (ks. liite 4).

Vuonna 2005 eniten esiintynyt hoidon tavoite oli koulunkäynnin tukeminen 21 nuorella eli 60 prosentilla. Seuraavaksi eniten esiintyi psyykkisen kunnon arviointia, pysäytystä, päihteiden käytön arviointia, kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittelyä ja perhesuhteiden työstämistä (ks. liite 4).

Vuonna 2010 eniten esiintynyt hoidon tavoite oli koulunkäynnin tukeminen 19 nuorella eli noin 56 prosentilla. Lähes yhtä paljon esiintyi pysäytystä, joka oli hoidon tavoitteena 18 nuorella. Seuraavaksi eniten esiintyi kiinnittymisen työs-

tämistä, kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittelyä ja tulevaisuudesta keskustelemista (ks. liite 4).

Yhteensä 38 hoidon tavoitteesta 10:ssä oli tapahtunut kasvua, joista yhdessä kasvua oli tapahtunut vähän enemmän kuin muissa. 15:ssä ei ollut tapahtunut mitään tai juuri mitään muutosta. 13 hoidon tavoitteessa oli tapahtunut laskua (ks. liite 4).

Koko aineiston yleisimpiä hoidon tavoitteita tarkasteltaessa koulunkäynnin tukemisen ja kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittelyssä oli tapahtunut vain lievää laskua. Pysäytyksen määrässä ei ollut tapahtunut juuri mitään muutosta. Psykkisen kunnon arvioinnin, päihteiden käytön arvioinnin ja perhesuhteiden työstämisen määrät olivat laskeneet. Sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstämisessä oli tapahtunut lievää kasvua. Tulevaisuudesta keskusteleminen oli vuonna 2005 tavoitteena vain yhdellä nuorella, mutta vuonna 2010 se oli tavoitteena kymmenellä nuorella, joten tulevaisuudesta keskustelemisen määrä oli lisääntynyt selvästi (ks. liite 4).

Seuraavien tulosten esiintymisen määrässä ei ollut tapahtunut mitään tai juuri mitään muutosta: rikolliseen käyttäytymiseen liittyvien asioiden selvittely, fyysisen terveyden edistäminen, seksuaaliterveyden edistäminen, ystäväpiirin kartoittaminen, uuteen sijoituspaikkaan liittyvien asioiden työstäminen, nuoren elämässä tapahtuneiden asioiden läpikäyminen, omien ajatusten kertomisen opettelu, tarvittavien tukitoimien kartoitus, voimavarojen löytyminen, elämäntilanteen vakauttaminen, ristiriitatilanteiden selvittely, nuoreen kohdistuneen väkivallan selvittely, arjen hallinta, harrastamiseen/työntekoon motivointi ja muu hoidon tavoite (ks. liite 4).

Psykyen vahvistumisen, vuorokausirytmien palauttamisen, vuorovaikutuksen tukemisen nuoren ja aikuisten välillä ja syrjäytymisen ehkäisemisen määrässä oli tapahtunut lievää kasvua. Psykiatrisen hoidon turvaamisen, päihteettömyyden tukemisen, itsenäistymisen harjoittelun ja muun käyttäytymisen työstämisen määrässä oli tapahtunut enemmän kasvua. Karkailun lopettamisen, karkailujen selvittämisen, lääkitysasioiden hoidon, vastuunoton itsestä, sopimuksissa py-

symisen, itsetunnon vahvistamisen ja aggressiivisen käyttäytymisen työstämisessä oli tapahtunut jonkin verran laskua (ks. liite 4).

Kaksi jaksoa käyneillä nuorilla hoidon tavoitteena esiintyi eniten koulunkäynnin tukemista. Seuraavaksi eniten oli sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstämistä, pysäytystä, päihteiden käytön arviointia ja psyykkisen kunnon arviointia. Nämä yleisimmät tavoitteet ovat hyvin samankaltaisia kuin muiden nuorten yleisimmät tavoitteet. Tässäkin kohtaa näkyy kaksi jaksoa käyneiden hoidon painottuminen koulunkäynnin ongelmiin.

### 9.5 Tulosten ja tavoitteiden vertailua

Tarkastelin muutamia eniten esiintyneitä tulosityitä suhteessa siihen, miten niihin liittyviä hoidon tavoitteita oli asetettu ja myös eniten esiintyneitä hoidon tavoitteita suhteessa niihin liittyviin tulosityihin. Kaikki tulosityt ja hoidon tavoitteet eivät olleet keskenään selkeästi vertailtavissa, joten otin esille vain sellaisia, joista vertailua on mahdollista tehdä. Esittelen vain muutaman, sillä tämä kysymys ei ollut tärkeimpiä tutkimukseni kysymyksiä. Tavoitteiden ja tulosten lukumääristä puhuessani tässä tarkoitan molempien vuosien yhteistulosta.

Joitakin hoidon tavoitteita oli yllättävän vähän suhteessa niihin liittyviin tulosityihin. Vaikka karkailu (44) oli selvästi suurin tulosityryhmä molempina vuosina, karkailun lopettamiseen ja selvittämiseen liittyviä tavoitteita oli asetettu yhteensä molempina vuosina vain 18. Aggressiivinen käyttäytyminen oli tulositynä 17 nuorella ja sitä oli lähes yhtä paljon molempina vuosina. Aggressiivisen käyttäytymisen työstäminen oli tavoitteena vain 10 nuorella, joista kahdeksan oli vuonna 2005 (ks. liite 2 ja 4).

Jotkut hoidon tavoitteet taas kertoivat siitä, että nuorilla olisi tulosityitä enemmän kuin mitä hoitoyhteenvetoihin on merkitty. Psyykkisen voimien ongelmien esiintyvyys tulositynä on laskenut melko samalla tavalla kuin psyykkisen kunnon arvioinnin esiintyminen tavoitteena. Tosin psyykkisen kunnon arviointia esiintyi tavoitteena hieman enemmän kuin psyykkisten ongelmien esiintymistä tulosity-

nä. Yhtenä tulosityryhmänä oli terapiakontaktin onnistumattomuus kuudella nuorella. Tavoitteista löytyy myös molempina vuosina melko samansuuruisena pysynyt psyyken vahvistaminen ja selvästi kasvanut psykiatrisen hoidon turvaaminen, jota oli 11 nuorella (ks. liite 2 ja 4).

Tavoitteiden perusteella vaikuttaisi siltä, että näinä kahtena vuotena Etapin hoidossa olleilla nuorilla psyykkisen voinnin ongelmia olisi enemmän, kuin mitä tulossyt antavat ymmärtää. Kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan esiintyi 16 nuorella ja se oli kasvanut suurin piirtein samassa suhteessa vuoteen 2010 kuin sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen, joka oli kuitenkin tavoitteena 27 nuorella. Perheongelmat oli mainittu tulosityksi seitsemällä nuorella ja niitä oli lähes saman verran molempina vuosina, mutta tavoitteena perhesuhteiden työstäminen oli peräti 21 nuorella. Toisaalta perhesuhteiden työstäminen on varmasti lähes aina tavoitteena lastensuojelunuorten kohdalla, eikä se edellytä välttämättä erikseen perheongelmien olemassaoloa (ks. liite 2 ja 4).

Jotkut hoidon tavoitteet seurasivat johdonmukaisesti tulosityitä. Esimerkiksi päihteidenkäyttöä, joka oli tulositynä toiseksi suurin (yhteensä 33) ja esiintyi lähes yhtä monesti molempina vuosina, voidaan verrata usein esiintyneisiin (yhteensä 35) tavoitteisiin päihteiden käytön arviointi ja päihteettömyyden tukeminen. Tosin tavoitteissa oli vaihtelua eri vuosina. Päihteiden käytön arviointia oli kasvanut selvästi ja päihteettömyyden tukeminen laskenut. Poissaoloja koulusta ja muita koulunkäyntiongelmia oli tulositynä lähes saman verran molempina vuosina, yhteensä 44. Lähes samansuuruisena molempina vuosina pysynyt tavoite koulunkäynnin tukeminen esiintyi 40 kertaa (ks. liite 2 ja 4).

Tämä tarkastelu osoittaa, että asetetut tavoitteet eivät monessa kohtaa seuranneet johdonmukaisesti nuoren tulosityitä. Myös hoitoyhteenvetoja lukiessani huomasin, että nuorelle on asetettu tavoitteita, joihin liittyvät ongelmat eivät kuitenkaan käy ilmi tulosityistä. Esimerkiksi yhdessä hoitoyhteenvedossa oli nuorella tavoitteena päihteen käytön lopettaminen, mutta tulosityissä ei ollut mainittu, että nuori käyttäisi päihteitä. Hoitoyhteenvetoja kirjoittaessa on hyvä huomioida, että niitä lukevat ja käyttävät myös muut kuin nuorta Etapissa hoitaneet henki-

löt. On tärkeää, että kirjatut tavoitteet vastaisivat kirjattuihin nuoren tulosityihin, jotta nuoren tilanne tulisi selkeästi esille hoitoyhteenvedosta.

Jotkut tulosityt hoitoyhteenvedoissa näyttävät siis jääneen huomiotta eli näiden ongelmien kanssa työskentely ei näy tavoitteiden asettamisessa. Huomioni kiinnitti myös se, että hoitoyhteenvedoissa nuorelle asetetuista tavoitteista käy ilmi sellaisia ongelmia, joita ei mainita nuoren tulosityksi eikä siitä kerrota ylipääntään nuoren lähtötilanteen esittelyssä.

Tulosityt psyykkisen kunnon arviointi ja psyykkisen voinnin ongelmat ovat molemmat laskeneet vuoteen 2010. Lisäksi harvoina toteutumattomina tavoitteina näkyi psyykkisen kunnon arviointi ja psyyken vahvistaminen. Toisaalta psykiatrisen hoidon turvaaminen oli kasvanut. Voidaan pohtia, ovatko psyykkisesti oireilevat nuoret vähentyneet Etappiin tulevien nuorten joukossa. Voidaan myös kysyä, miten Etappi pystyy vastaamaan psyykkisesti vaikeammin oireilevien nuorten tilanteeseen. Petterssonin opinnäytetyössä ainoalla nuorella, jonka tilannetta Etappijakso ei ollut parantanut, oli vaikeaa psyykkistä oireilua. Tämä tarkastelu puoltaisi osaltaan näkemystä siitä, että Etappi ei ole välttämättä oikea paikka psyykkisesti vaikeimmille oireileville nuorille. Vaikka lukemat näissä ovat melko pieniä, ne antavat kuitenkin suuntaa ja voivat toimia vertailukohtana mahdollisille muille tulevaisuudessa tehtäville tutkimuksille.

## 9.6 Hoidon tavoitteiden toteutuminen

Hoitoyhteenvedoissa kerrottiin nuoren hoidon tavoitteiden toteutumisesta jakson aikana. Tekstien perusteella luokittelin jokaisen tavoitteen joko toteutuneeksi, osin toteutuneeksi ja ei toteutuneeksi. Merkitsin tavoitteen kohdalle ”ei mainintaa”, jos hoitoyhteenvedosta puuttui tieto tavoitteen toteutumisesta.

Koko aineistoa tarkasteltaessa kaikilla nuorilla ainakin osa hoidon tavoitteista toteutui tai toteutui osin. Eli aineistossa ei ollut yhtään nuorta, jolla yksikään tavoite ei olisi toteutunut. Nuoria, joiden kaikki tavoitteet toteutuivat, oli 26 ja nuoria, joiden tavoitteista ainakin osa toteutui tai toteutui osin, oli 42. Yhden nuoren

kohdalla hoitoyhteenvedosta puuttui kokonaan osio tavoitteiden toteutumisesta. Kyseisen hoitoyhteenvedon kirjoittaminen näytti jääneen kesken. Edellä mainituissa kahdessa luvussa ei ole huomioitu tavoitteita, joiden toteutumisesta ei ollut mitään mainintaa. Eli nuoren, jolla oli esimerkiksi neljä tavoitetta, joista toteutui kolme ja yhden toteutumisesta ei ole mainintaa, laskin kuuluvaksi niihin nuoriin, joiden kaikki tavoitteet toteutuivat (ks. liite 4).

Edellä tarkastelin lyhyesti sitä, monellako nuorella tavoitteet toteutuivat ja toteutuivat osin. Seuraavaksi esittelen tarkempia tuloksia tavoitteiden toteutumisesta.

#### Liite 4. Hoidon tavoitteiden toteutuminen

Hoidon tavoite	Täysin		Osin	
	2005	2010	2005	2010
Koulunkäynnin tukeminen	18	15	3	1
Pysäytys	11	15	1	1
Psyykkisen kunnon arviointi	15	8	1	0
Sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen	7	12	4	2
Kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittely	8	6	1	0
Päihteiden käytön arviointi	12	6	2	0
Perhesuhteiden työstäminen	7	7	6	1
Vuorokausirytmien palauttaminen	3	7	1	0
Karkailujen selvittäminen	2	1	3	1
Päihteettömyyden tukeminen	1	5	0	3

Molempien vuosien kaikista yhteensä 398 mainitusta tavoitteesta toteutui peräti 253 eli noin 63,6 prosenttia. Osin toteutuneita tavoitteita oli yhteensä 54 eli noin 13,6 prosenttia. Toteutuneita tai ainakin osittain toteutuneita tavoitteita oli siis yhteensä 307 eli noin 77 prosenttia kaikista mainituista tavoitteista. Vuonna 2005 yhteensä 206 tavoitteesta toteutui 124 eli noin 60,2 prosenttia ja osin toteutui 36 eli noin 17,5 prosenttia. Yhteensä toteutuneita tai osin toteutuneita vuonna 2005 oli 160 eli noin 77,7 prosenttia. Vuonna 2010 yhteensä 192 tavoitteesta toteutui 129 eli noin 67,2 prosenttia ja osin toteutui 18 eli noin 9,4 prosenttia. Yhteensä toteutuneita tai osin toteutuneita vuonna 2010 oli 147 eli noin 76,5 prosenttia. Selkeästi suurin osa tavoitteista toteutui. Lisäksi toteutuneiden tavoitteiden määrä näyttää jonkin verran kasvaneen (ks. liite 4).

Koko aineistossa hoidon tavoitteista useimmin toteutui uuteen sijoituspaikkaan liittyvien asioiden työstäminen ja psyykkisen kunnon arviointi. Vähintään 70 prosenttisesti toteutuivat myös koulunkäynnin tukeminen, päihteiden käytön arviointi, pysäytys, vuorokausirytmien palauttaminen ja sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen (ks. liite 4). Tähän tarkasteluun en ottanut mukaan viisi kertaa tai vähemmän esiintyneitä tavoitteita, sillä enemmän esiintyneiden tavoitteiden vertaileminen antaa luotettavampia tuloksia.

Osin toteutuneita tavoitteita oli molempia vuosia yhdessä tarkasteltaessa yhteensä 54 eli noin 13,6 prosenttia. Osin toteutuminen oli jakautunut tavoitteiden välille melko tasaisesti. Eniten osin toteutumista näkyi perhesuhteiden työstämisessä, karkailujen selvittämisessä, lääkitysasioiden hoidossa ja aggressiivisen käyttäytymisen työstämisessä, jos ei oteta huomioon tavoitteita, joita esiintyi vain viisi tai vähemmän (ks. liite 4).

#### Liite 4. Hoidon tavoitteiden toteutuminen

Hoidon tavoite	Ei toteutunut		Ei mainittua	
	2005	2010	2005	2010
Koulunkäynnin tukeminen	0	2	0	1
Pysäytys	0	0	5	2
Psyykkisen kunnon arviointi	2	0	0	1
Sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen	0	1	0	1
Kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittely	0	0	5	5
Päihteiden käytön arviointi	0	1	1	1
Perhesuhteiden työstäminen	0	0	0	0
Vuorokausirytmien palauttaminen	0	0	2	1
Karkailujen selvittäminen	0	0	5	1
Päihteettömyyden tukeminen	0	0	2	1

Hoidon tavoitteita oli 38. Niistä vain 13 ryhmässä oli ylipäätään ei toteutuneita tavoitteita. Ei toteutuneita tavoitteita oli koko aineistossa yhteensä 24 eli noin 6 prosenttia. Vuonna 2005 ei toteutuneita tavoitteita oli 11 eli noin 5,3 prosenttia ja vuonna 2010 13 eli noin 6,8 prosenttia. Ei toteutuneiden tavoitteiden määrä on noussut vain hieman. Ei toteutuneita tavoitteita oli melko vähän suhteessa koko tavoitteiden määrään. Toteutumatta jääneet tavoitteet painottuivat alueille,

jotka liittyivät psyykkisiin ongelmiin, nuoren vastuulliseen ja nuoren käyttäytymisen ongelmiin (ks. liite 4 ).

Osassa hoitoyhteenvedoissa tavoitteiden toteutumattomuus johtui siitä, että toteutumisessa ei vain onnistuttu. Muutamassa tapauksessa toteutumattomuus johtui myös siitä, että tavoitteen työstämiselle ei ollut enää tarvetta. Esimerkiksi erään nuoren kohdalla tavoitteena oli aggressiivisen käytöksen työstäminen. Nuori ei kuitenkaan oireillut aggressiivisesti osastolla eikä tavoitteeseen liittyvä ongelma noussut edes esille. Joidenkin tavoitteiden toteutumista ei voitu arvioida Etapin hoitajaksolla, sillä niiden työstäminen liittyi pääasiassa erityisen huolenpidon jakson jälkeiseen aikaan. Tällainen tavoite oli esimerkiksi käyttäytymisen parantuminen omassa sijoituspaikassa. Tavoitteiden toteutumattomuus ei siis kertonut aina epäonnistumisesta.

Kaksi jaksoa käyneiden nuorten hoitoyhteenvedoissa oli yhteensä 48 hoidon tavoitetta. Näistä toteutui täysin 36 eli 75 prosenttia. Viisi tavoitetta toteutui osin. Yhteensä toteutuneita ja osin toteutuneita oli näillä nuorilla 41 eli peräti noin 85,4 prosenttia. Ei toteutuneita tavoitteita oli vain yksi ja ei mainittuja kuusi. Tämän tarkastelun perusteella kaksi jaksoa käyneiden nuorten tavoitteet toteutuivat useammin kuin muiden nuorten tavoitteet.

Hoitoyhteenvedoissa oli yllättävän paljon tavoitteita, joiden toteutumisesta ei ollut mitään mainintaa. Yhteensä molempina vuosina tällaisia oli 67, joka on noin 16,8 prosenttia. Vuonna 2005 tavoitteita, joiden toteutumisesta ei ollut mainintaa, oli 35 eli noin 17 prosenttia ja 32 vuonna 2010 eli noin 16,7 prosenttia (ks. liite 4 ).

Molempia vuosia yhdessä tarkasteltaessa tavoitteiden toteutumisesta useimmin oli jäänyt mainitsematta kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittely. Kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittely on laaja käsite ja sen toteutumisen arvioiminen on vaikeaa. Mahdollisesti tästä johtuen sen toteutumisen kertominenkin on hankalaa ja toteutumista oli ehkä siksi vaikea selvittää hoitoyhteenvedoista. Myös pysäytyksen, karkailujen selvittämisen ja ”muu hoidon tavoite” -ryhmään kuuluvien tavoitteiden toteutuminen oli jäänyt useammin mainitsematta kuin



muissa tavoitteissa. Useimmiten tämä mainitsemattomuus liittyi sellaisiin tavoitteisiin, jotka eivät olleet kovin selkeitä ja konkreettisia (ks. liite 4). Tavoitteiden toteutumisen mainitsemattomuus saattoi johtua siitä, että niiden toteutumista pidettiin ehkä itsestäänselvyytenä tai että lukija voi ”rivien välistä” lukemalla olettaa asian olevan tietyllä tavalla.

Hoitoyhteenvedoissa lukiessa vaikutti siltä, että tavoitteet, joiden toteutumisesta ei ollut mainintaa, olisivat kuuluneet toteutuneisiin tai osin toteutuneisiin tavoitteisiin. Tämän perusteella tavoitteiden toteutuminen olisi todellisuudessa vieläkin suurempaa kuin tämänhetkiset tulokset näyttävät. Tutkijan on kuitenkin arveluttavaa päätellä aineistosta jonkin asian olevan tietyllä tavalla, sillä tämä saattaa väärentää tutkimustuloksia ja lisätä tutkimuksen epäluotettavuutta.

Tavoitteiden toteutumisen perusteella voidaan sanoa, että Etapin hoito on tehokasta ja vastaa olemassa olevaan erityisen huolenpidon tarpeeseen. Ei toteutuneet tavoitteet keskittyivät psyykkisen voinnin, itsenäistymisen ja vastuunoton sekä aggressiivisen ja muun käyttäytymisen työstämisen alueille. Tosin lukemat niissä olivat hyvin pieniä.

### 9.7 Nuoren sijoituspaikan vaihtuminen ja hoidon tavoitteiden toteutuminen

Hoitoyhteenvedoissa esiintyneet nuorten sijoituspaikat ennen ja jälkeen Etapin hoitojakson olivat koti, sijaisperhe/ammattillinen perhekoti, lasten-/nuorisokoti ja arviointi-/vastaanottolaitos. Näiden lisäksi esiintyi myös muutama muu sijoituspaikka (ks. liite 5).

Koko aineistoa tarkasteltaessa kaikista 69 nuoresta 53 oli sijoitettuna lastenkotiin tai nuorisokotiin Etapin hoitojaksolle tullessaan. Vuonna 2005 kuusi nuorta oli hoitojakson alkaessa sijoitettuna kotiin, mutta vuonna 2010 kotiin sijoitettuja oli vain yksi (ks. liite 5). Kekonin mukaan huostaan otetut lapset voivat tulla erityisen huolenpidon yksikköön muista lastensuojelun yksiköistä, lasten- ja nuorisopsykiatrisilta osastoilta tai kotoa (Kekoni 2009, 217).

Koko aineistoa tarkasteltaessa kaikista 69 nuoresta 48 nuoren sijoituspaikka Etapin hoitajakson jälkeen oli lastenkoti tai nuorisokoti. Vuonna 2005 kuuden nuoren sijoituspaikka hoitajakson jälkeen oli koti, mutta vuonna 2010 yksikään nuori ei palannut hoitajaksolta kotiin. Vuonna 2005 yhden ja vuonna 2010 neljän nuoren hoitajakson jälkeistä sijoituspaikkaa ei ollut kerrottu hoitoyhteenvedossa (ks. liite 5).

Nuorten jaksoa edeltäviä ja jakson jälkeisiä sijoituspaikkoja tarkasteltaessa vuodesta 2005 vuoteen 2010 kotiin sijoitettujen määrä on laskenut huomattavasti. Lasten- tai nuorisokodista hoitajaksolle tulleiden ja niihin palanneiden määrä taas on jonkin verran kasvanut. Muiden sijoituspaikkojen määrissä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia (ks. liite 5).

Sijoituspaikka vaihtui Etapin hoitajakson aikana kaikista 69 nuoresta 12 nuorella. Sekä vuonna 2005 että 2010 sijoituspaikka vaihtui kuudella nuorella. Viiden nuoren sijoituspaikan vaihdosta ei ollut tietoa, sillä näiden nuorten Etapin hoitajakson jälkeistä sijoituspaikkaa ei ollut mainittu hoitoyhteenvedossa. 52 nuorella eli 75,4 prosentilla sijoituspaikka pysyi samana, mikä tukee Etapin hoidon keskeistä tavoitetta siitä, että nuori voisi palata hoitajakson jälkeen takaisin samaan sijoituspaikkaan (Etapin perehdytyskansio 2008). Tästä tavoitteesta huolimatta melko monen vuonna 2005 tai 2010 hoitajakson käyneiden nuoren sijoituspaikka oli vaihtunut.

#### 9.8 Ryhmiin osallistuminen suhteessa tulosityihin

Molempia vuosia yhdessä tarkasteltaessa suurin osa hoitajakson nuorista oli ryhmissä useimmiten läsnä, mutta osallistui niihin vaihtelevasti. Näitä nuoria oli vuonna 2005 20 ja 26 vuonna 2010. Ryhmissä useimmiten läsnä ja niihin aktiivisesti osallistuvia nuoria oli vuonna 2005 11 ja kuusi vuonna 2010. Näitä lukuja tarkasteltaessa näyttää siltä, että ryhmiin osallistumisen aktiivisuus on jonkin verran laskenut vuodesta 2005 vuoteen 2010 (ks. liite 5).

Pääasiassa tavoitteiden toteutuminen näytti olevan yhteydessä nuoren ryhmiin osallistumisen aktiivisuuteen. Yleensä ne, joilla hoitajakson tavoitteet toteutuivat tai toteutuivat ainakin osin, olivat ryhmissä useimmiten läsnä ja osallistuivat niihin aktiivisesti tai vaihtelevasti. Suurin osa ei toteutuneista tavoitteista oli niillä nuorilla, jotka hoitajaksolla olivat ryhmissä useimmiten läsnä, mutta osallistuivat niihin vaihtelevasti.

Tarkastelin, millaisin tulosityn hoitajaksolle tulleet nuoret osallistuivat ryhmiin aktiivisimmin ja olivat niissä useimmiten läsnä. Nuorten, joilla oli tulositynä impulssikontrollin heikkous, ryhmiin osallistuminen onnistui parhaiten. Näillä nuorilla esiintynyt impulssikontrollin heikkous oli 40 prosenttia kaikista impulssikontrollin heikkous -tavoitteista. Tosin näitä nuoria oli yhteensä vain viisi. Toiseksi parhaiten ryhmiin osallistuminen onnistui nuorilla, joiden tulositynä oli kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan, joka oli kahdeksanneksi yleisin tulosity, ja kolmanneksi parhaiten nuorilla, joilla oli tulositynä ongelmia psyykkisessä voimissa, joka oli viidenneksi yleisin tulosity. Ryhmään osallistuminen onnistui hyvin myös monella sellaisella nuorella, joilla oli tulositynä poissaoloja koulusta, muita koulunkäyntiongelmia tai rajattomuutta.

Nuoria, jotka olivat ryhmissä läsnä vaihtelevasti ja osallistuivat niihin vaihtelevasti, oli yhteensä koko aineistossa neljä. Näillä nuorilla tulositynä oli erityisesti karkailu, päihteidenkäyttö, poissaolot koulusta ja muut koulunkäyntiongelmia sekä seksuaalisen käyttäytymisen huolestuttavuus. On kuitenkin huomioitava, että tässä eivät nuorten eivätkä tulosityden määrät olleet kovin suuria.

### 9.9 Tulosten vertailua aikaisempiin tutkimustuloksiin

Tutkimukseni yleisimmät tulosityt vastaavat melko hyvin aiemmin muissa tutkimuksissa esittelemiäni yleisimpiä hoitoon tulosityitä. Tosin koulukotitutkimuksessa vähiten esiintyneiksi tulosityiksi mainitut mielenterveysongelmia, ongelmat sijaishuoltopaikassa ja rikollinen käyttäytyminen sijoituivat omassa tutkimuksessani tätä yleisemmiksi tulosityiksi.

Omassa tutkimuksessani hoidon tavoite psykiatrisen hoidon turvaaminen oli kasvanut runsaasti. Tämä puoltaisi Känkäsen ja Laaksosen mukaan erityiseen huolenpitoon tulevilla nuorilla on yhä vaikeampia psykiatrisia ongelmia (Känkänen & Laaksonen 2006, 11–12.) Toisaalta taas muut psyykkisiin ongelmiin viitattavien tulosten ja hoidon tavoitteiden määrät olivat tutkimuksessani laskeutuneet selkeästi. Koulukotien erityisen huolenpidon tai sitä vastaaville osastoille sijoitettujen nuorten asiakirjatutkimuksessa mielenterveysongelmat näkyvät yhtenä vähintään esiintyneistä sijoitussyistä (Kitinoja 2008a, 36–38).

Sekä koulukotien erityisen huolenpidon tai sitä vastaaville osastoille sijoitettujen nuorten asiakirjatutkimuksessa että Kitinojan koulukotinuoria koskevassa tutkimuksessa käyttäytymiseen liittyvät ongelmat näkyvät yleisimpänä tulostyönä (Kitinoja 2005, 203; Kitinoja 2008a, 36–38.) Omassa tutkimuksessani käytösongelmat olivat hajautettuna useammaksi esimerkiksi sellaisiksi tulostyiksi kuin rajattomuus, aggressiivinen käyttäytyminen, omaehtoinen käytös, impulssikontrollin heikkous ja epäsosiaalinen käytös. Näiden tulosten yhdistäminen yhdeksi käytösongelmien ryhmäksi nostaisi käytösongelmat varmasti myös minun tutkimuksessani yhdeksi yleisimmistä tulostyistä.

Kuten omassa tutkimuksessani, myös Petterssonin kymmenen vuoden takaisessa tutkimuksessa näkyy selkeästi se, että Etapin hoito tehokasta. Tutkimuksesta käy ilmi, että Etapin hoitajakson tavoitteet toteutuivat hyvin suurimmalla osalla Petterssonin tutkimista nuorista. (Pettersson 2001, 47–58.)

#### 9.10 Hoitoyhteenvetojen kirjaamisen tarkastelua

Hoitoyhteenvedot olivat rakenteeltaan melko samankaltaisia, mutta niistä löytyi kuitenkin joitakin eroja. Hoitoyhteenvetojen kirjaamiseen olisi hyvä kiinnittää huomiota, jotta hoitoyhteenvedot olisivat keskenään yhdenmukaisia ja vertailukelpoisia. Hoitoyhteenvetojen yhdenmukaistaminen selkeyttäisi niiden rakennetta ja helpottaisi niiden myöhempää käyttöä. Tämä helpottaisi myös hoitoyhteenvedon sisällön ymmärtämistä niiden osalta, jotka eivät ole olleet nuoren hoitajakson etenemisessä mukana.

Olisi tarpeellista laatia yksi yhteinen hoitoyhteenvedon pohja, joka auttaisi yhteenvedojen laatimisessa. Työryhmä voisi pohtia, mitkä asiat hoitojakson kulusta ovat oleellista kertoa tarkemmin ja mitkä voidaan mainita vain yleisesti. Yhteisen sanaston luominen hoitoyhteenvedoihin helpottaisi tulosten ja hoidon tavoitteiden kirjaamista. Sanaston tekemiseen on mahdollista käyttää tutkimukseksi luokittelua tulosten ja tavoitteista.

Hoitoyhteenvedoissa olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, että kaikkien nuorelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen olisi hoitoyhteenvedossa selkeästi mainittu. Joissakin aineistoni hoitoyhteenvedoissa jokaisen tavoitteen toteutuminen mainittiin hoitoyhteenvedon viimeisessä kappaleessa tiivistetysti. Tämän mallin voisi ottaa käyttöön kaikissa hoitoyhteenvedoissa jatkossa, sillä siitä käy nopeasti esille kokonaiskuva nuoren hoidon onnistumisesta. Tutkimissani hoitoyhteenvedoissa hoidon tavoitteet eivät aina vastanneet johdonmukaisesti tuloksiin. Olisi tärkeää, että hoidon tavoitteissa näkyisivät ne nuoren ongelmat, jotka ovat johtaneet erityisen huolenpidon hoitojakson tarpeeseen. Mahdollisten tutkimusten ja selvitysten tekeminen jatkossa helpottuisi, mikäli näitä kehitysehdotuksia hyödynnettäisiin.

## 10 EETTINEN POHDINTA

Erityisen huolenpidon jaksolle Etappiin lähetetään nuoria, joiden ongelmat ovat liian haastavia ratkottavaksi nuoren omalla osastolla. Monet nuorta hoitavat aikuiset ovat väsyneitä nuoren käyttäytymiseen. Kun nuori vihdoin aloittaa erityisen huolenpidon jakson, se tuntuu olevan usein helpotus sijoituspaikalle, erityisesti nuoren omahoitajalle. Sen lisäksi, että nuorta hoitavat aikuiset ovat helpottuneita nuoren pääsemisestä turvaan suljetulle osastolle saamaan tarvitsemaansa hoitoa, he saattavat olla myös helpottuneita oman työtaakkansa hellittämisestä hetkeksi. Tämä on täysin inhimillistä, mutta haastaa Etapin hoidon keskeisen tavoitteen toteutumista. Etapin hoitojakso pyrkii parantamaan nuoren hoitokontaktia nuoren lähettävän tahon aikuisten kanssa. Hoitojakson tavoitteena on, että nuori voisi palata jakson jälkeen nykyiseen sijaishuoltopaikkaansa. Jokaisen nuoren jakson hoitosuunnitelmaan kuuluvat omahoitajatapaamiset. (Etapin perehdytyskansio 2008.)

Harjoittelujaksollani Etapissa havaitsin työryhmän keskustelevan jonkin verran siitä, että jotkut nuorten omahoitajat tai muut nuorta sijoituspaikassa hoitavat tuntuvat ajattelevan, että nyt kun nuori on saatu Etappiin, heitä ei tarvita ja he jäävät lomalle tai vapaalle. Yleensä nuoren hoidon onnistumisen kannalta on kuitenkin tärkeää, että erityisen huolenpidon jakson aikana nuori tapaisi oman sijoituspaikkansa aikuisia säännöllisesti ja viettäisi aikaa heidän kanssaan, jotta kiinnittyminen sijoituspaikkaan vahvistuisi.

Nuoret viihtyvät Etapissa usein hyvin ja kiintyvät Etapin hoitajiin. Välillä he viihtyvät vähän liiankin hyvin, sillä jotkut nuoret eivät haluaisi enää lähteä Etapistä takaisin omalle osastolle. Etapin työntekijät joutuvat pohtimaan sitä, millaisen suhteen he hoidettaviin nuoriin pyrkivät luomaan ja miten tämä suhde voisi olla vahvistamassa nuoren suhdetta oman sijoituspaikan omahoitajan kanssa. Liika Etappiin kiinnittyminen voi haitata nuoren omaan sijoituspaikkaan kiinnittymistä.

Etapin hoitojakson yksi tärkeimmistä tavoitteista on se, että nuori palaisi siihen sijoituspaikkaan, josta on Etappiin tullut. Myös monien nuorten oireilu helpottaa Etapin tiukkojen rajojen myötä. Tällaisissa tapauksissa on tärkeää miettiä, mitkä

ovat nuoren hyvinvointia lisäävät tekijät Etapissa ja voisiko niitä lisätä nuoren hoitoon myös hänen omassa sijoituspaikassaan ainakin joksikin aikaa Etapin hoitojakson päätyttyä. Voidaan pohtia, pitäisikö Etapin hoidon kaltaista sisältöä, kuten rajojen tiukentamista ja nuorten hoidollisia ryhmiä, lisätä myös muiden sellaisten lastensuojelulaitosten arkeen, jossa nuoret oireilevat haasteellisesti.

On myös niitä nuoria, joita edes useampi Etapin hoitojakso ei tunnu auttavan, vaan elämä palaa yhtä vaikeaksi tai jopa vaikeammaksi erityisen huolenpidon jakson jälkeen. Mikä on seuraava keino auttaa näitä nuoria? Lastensuojelun ammattilaisetkin saattavat olla keinottomia, kun nuori ei tunnu asettuvan mihinkään. Auttaminen on kuitenkin lastensuojelun tehtävä ja yrittämistä ei voi lopettaa. Joidenkin nuorten kohdalla sijoituspaikan vaihto tukevampien rakenteiden ympärille, esimerkiksi koulukotiin, voi olla järkevä ratkaisu. Olisi tärkeää löytää keinoja, joilla vaikeasti oireilevaa nuorta voitaisiin auttaa niin, että nuorta hoitavien aikuisten jaksamisen kynnys ei ylittyisi.

Tutkimukseni kohteina olleissa hoitoyhteenvedoissa nuoren kiinnittäminen sijoituspaikkaan tapahtui usein juuri omahoitajasuhteen vahvistamisen kautta. Nuoren Etappi hoitojakson suunnittelussa on tärkeää nuoren lähettävän laitoksen ja Etapin välillä tehtävä yhteistyö, joka toteutuu nuoren ja omahoitajan välisen suhteen kehittämisessä, molemminpuolisissa työryhmäkäynneissä ja yhteisissä neuvotteluissa. Yhteistyön onnistuminen riippuu sekä Etapistä että lähettävästä laitoksesta. Tutkimukseni tuloksissa sijoituspaikkaan kiinnittymisen ongelmat ja sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen näyttäytyivät yhtenä eniten esiintyneistä tulosityistä ja hoidon tavoitteista. Ei voida varmasti liikaa painottaa aktiivisen kontaktin ylläpitämistä nuoren omaan laitokseen ja nuoren omahoitajan roolin tärkeyden osoittamista nuoren elämässä.

## 11 POHDINTA

Suomalainen suljettu hoito toimii lapsen edun mukaisesti ja vastaa lapsen tarpeisiin toteuttaa lapsen oikeuksia osin rajoittamalla niitä (Kekoni 2008, 12). Eri-tyinen huolenpito Suomessa on ennen kaikkea hoidollista ja kasvatuksellista lastensuojelun alaista toimintaa. Vertailun vuoksi voidaan kertoa, että joissakin maissa voidaan hoitaa suljetussa yksikössä sekä rikollisesti käyttäytyviä että lastensuojelua tarvitsevia lapsia. (Kekoni 2008, 58, 64) Suomessa erityisen huolenpidon toteuttaminen on pitkälle mietittyä ja tietoista toimintaa. Erityisen huolenpidon yksiköt eivät ole vain nuorten säilytyspaikkoja, vaan niissä toteutetaan tuloksellista hoitoa.

Tutkimustietoa lastensuojelun asiakkaiden ongelmista ja hoidon tuloksellisuu-desta kaivataan jatkuvasti, jotta hoitoon tulevien asiakkaiden tarpeisiin osataan vastata. Tämä tutkimus avaa omalta osaltaan sitä, millaista oireilua on niillä nuorilla, jotka ovat erityisen huolenpidon tarpeessa, ja miten näiden nuorten tarpeisiin osataan nykyään vastata.

Tutkimukseni tulosten perusteella Etapin hoito on vaikuttavaa ja siitä on hyötyä suurimmalle osalle nuorista. Yleisimmissä tulosityissä ei saamieni tulosten perusteella ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Nuorten ongelmien moninaisuus ja moniongelmaisuus vaikuttivat hieman lisääntyneen. Tutkimukseni tulosten perusteella Etapin työryhmä voi arvioida tarkemmin sitä, vastaako heidän tämänhetkinen hoitonsa niihin nuorten ongelmiin, jotka näkyvät keskeisinä tutkimukseni tuloksissa.

Tutkimukseni ei kaikilta osin edennyt järjestelmällisesti, vaan joitakin vaiheita, kuten hoitoyhteenvetojen tarkastelua ja läpikäymistä tein lähes koko tutkimusprosessin ajan. Manu Kitinoja toteaa tutkimuksessaan, että rajan vetäminen eri tutkimusvaiheiden välille voi olla hankalaa ja ehkä myös tarpeetonta. Hänen mukaansa esimerkiksi analyysia voi tehdä useammassa tutkimuksen vaiheessa. (Kitinoja 2005, 129.)



Tutkimusprosessin edetessä huomasin, että tutkimuksesta nousee esiin jatkuvasti uusia asioita ja yksityiskohtia, jotka on otettava huomioon analysoinnissa ja tuloksissa. Nämä asiat ovat sellaisia, mitä etenkin aloittelevan tutkijan on vaikea etukäteen huomioida. Esimerkiksi ennen kuin luin hoitoyhteenvedot ensimmäistä kertaa läpi, en osannut odottaa, että niistä voisi puuttua tärkeitä tietoja, kuten esimerkiksi nuoren hoidon tulosityt. Tutkimuksen loppupuolella huomasin, että joitakin asioita tutkimuksessa olisi voinut tehdä toisin ja joitakin näkökulmia olisi voinut tuoda lisää tulosten tarkasteluun. Tällaisissa tilanteissa korjasin asiat mahdollisuuksien mukaan.

Tutkiessani hoitoyhteenvetojen sisältämiä tietoja, tein monessa kohtaa sellaisia päätöksiä, jotka joku toinen tutkija olisi voinut tehdä toisella tavalla. Manu Kitinoja toteaa, että tutkija joutuu asiakirja-aineistosta tekemään paljon tulkintoja, eikä voida kiistää sitä, että tutkijan tulkinta vaikuttaa tutkimuksen lopputulokseen. Erityisesti tulkintoja joutuu tekemään silloin, kun asiakirjojen tiedot ovat ristiriitaisia tai puutteellisia. (Kitinoja 2005, 115.) Tein itse monia valintoja poimiessani tietoja hoitoyhteenvedoista ja tehdessäni luokitteluja. Nämä valinnat vaikuttivat luonnollisesti tutkimukseni tuloksiin.

Kitinoja huomauttaa myös, että tutkijan oman tulkinnan vaikutuksen lisäksi tutkimuksen lopputulokseen vaikuttavat myös muiden asiakirjojen taustalla vaikuttaneiden henkilöiden tulkinta. Oma tutkimusaineistoni, hoitoyhteenvedot, olivat moninkertaisesti tulkittuja. (Kitinoja 2005, 113.) Hoitoyhteenvetojen sisältämiin tietoihin on vaikuttanut ainakin hoitoyhteenvedon kirjoittajien tulkinta ja nuoresta erityisen huolenpidon hoitajaksolla eri työntekijöiden tekemät kirjaukset. Hoitoyhteenvedot on todennäköisesti laadittu suureksi osaksi aikaisempien kirjausten perusteella.

Tutkimukseni antaa kuvan Etapin erityisen huolenpidon vaikuttavuudesta hoitajakson aikana eli lyhyellä aikavälillä. Ann-Marie Petterssonin kymmenen vuotta sitten tekemä opinnäytetyö selvitti sitä, millaista muutosta nuorilla oli tapahtunut kaksi vuotta Etapin hoitajakson jälkeen suhteessa hoitajakson tavoitteisiin. Olisi mielenkiintoista tutkia sitä, miten nykyään Etapin hoitajakson käyneiden nuorten tavoitteet näkyvät heidän elämässään muutaman kuukauden tai muutaman

vuoden kuluttua jakson loppumisesta. Tämän kaltaista tutkimusta onkin eräs opiskelija ilmeisesti tällä hetkellä tekemässä Etappiin.

Työssäni tarkastelin vain hoitoyhteenvetojen perusteella ja melko pieneltä osin Etapin nuorten ryhmiin osallistumisen tasoa ja sen vaikuttavuutta nuorten hoidon tavoitteiden toteutumiseen. Tarkastelin ryhmiin osallistumisen tasoa myös suhteessa nuoren tulosityhin. Ryhmähoidosta, esimerkiksi erilaisten ryhmien vaikuttavuudesta erityyppisesti oireilevien nuorten hoidon onnistumiseen, olisi myös tärkeä saada tietoa.

Känkäsen ja Laaksosen tekemän selvityksen sijaishuollon ja jälkihuollon nykytilasta ja kehittämistarpeista mukaan erityisen huolenpidon palveluja tulisi lisätä, sillä niille on tarvetta (Känkänen 2006, 12). Psykiatriseen pakkohoitoon menevien nuorten määrää selvittäneestä tutkimuksesta näkyy, että psykiatriseen tahdonvastaiseen hoitoon menneiden nuorten määrä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 1996 vuoteen 2003 (Siponen, Välimäki, Kaivosoja, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007).

Etapilla on tärkeä rooli vastata omalta osaltaan erityisen vaikeasti oireilevien nuorten hoidon tarpeeseen lastensuojelun kentällä. Erityinen huolenpito on hoitomuoto, joka on laissa melko uusi, mutta se on kehittynyt pitkän ajan kuluessa. Huostaan otettujen nuorten tarve erityiseen huolenpitoon ei tunnu olevan vähenemässä. Jää nähtäväksi, jatkuuko huostaanottojen määrän lasku tulevaisuudessa ja väheneekö samalla myös vaikeasti oireilevien nuorten määrä.

Tarja Heino totesi Sosnet Interventiotutkimuksen teemaryhmässä, että yhteiskunnalla on vastuu vanhemmuudesta jopa niin, että se voi ottaa vanhemmuuden pois vanhemmilta. Heinon mielestä yhteiskunnalla ei ole kuitenkaan vastuuta seurata toimintansa vaikutuksia ja ehdotti, että ehkä seuraavaan lastensuojelulaki voisi sisältää velvoite seurata lastensuojelutoimenpiteiden vaikutuksia. (Heino, 2011.) Tahdonvastaisessa hoidollisessa väliintulossa on aina vaarana, että se rikkoo ihmisen perusoikeuksia. Tämän vuoksi tällaisen hoidon järjestämisen huolellinen seuraaminen on tärkeää. (Siponen ym. 2007.)

Erityisen huolenpidon yksiköiden perustamisen eettisyyttä pohdittiin aikanaan paljon erityisesti sen vuoksi, että hoito on suljettua. Tämä vuoksi on erikoista, että erityistä huolenpitoa on Suomessa tutkittu niin vähän. Yhteiskunnan tulisi ottaa vastuu siitä, että erityisesti uusien hoitomuotojen tarpeen kehittymisen suuntaa ja hoidon vaikuttavuutta tutkittaisiin, jotta hoitoa osattaisiin kehittää oikeaan suuntaan. Etapin on mahdollista käyttää tutkimustani pohjana seurataksien hoitajakson käyneiden nuorten tulosityitä ja hoidon tavoitteiden toteutumista myös jatkossa esimerkiksi tarkastelemalla pientä nuorten joukkoa joka vuodelta. Tällainen tarkastelu toisi arvokasta tietoa, jonka pohjalta hoitoa voisi kehittää jatkuvasti.

## LÄHTEET

- Aalto-Setälä, Terhi 2010. Ajankohtaista. Uutisarkisto. 84. Mielenterveyden häiriöt tavallisia nuoruusiässä. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010. Viitattu 19.10.2011. <http://www.hus.fi/>
- Ahonen, Heidi 2009. Ryhmän tietoiset ja tiedostamattomat vuorovaikutustasot. Teoksessa Heidi Lindroos & Ulrika Segercrantz (toim.) Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Palmenia Helsinki University Press 2009, 48-62.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. 5. painos.
- Etapin perehdytyskansio 2008. Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien yhteinen tiedosto. Sisäisessä käytössä.
- Etapin työryhmä 2011. Suullinen tiedonanto työryhmäkokouksessa 19.3.2011.
- Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999. Viitattu 29.10.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>
- Fonagy, P. & Target, M. 1997. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö 2001. 4.painos.
- Haapamäki, Jaana 2011. Apulaisjohtaja. Naulakallion hoito- ja kasvatuskodit. Suullinen tiedonanto 21.4.2011.
- Haapasalo, Jaana 2006. Kasvu ympäristön varhaiset riskitekijät rikollisen käyttäytymisen kehityksessä teoksessa Nuorisoriikollisuus – Määrät, syyt ja kontrolli. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos 2006. Viitattu 30.10.2011. <http://www.optula.om.fi/37148.htm>
- Hautamäki, Airi 2001. Kiintymyssuhdeteoria – teoria yksilön kiin(nit)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Seurauksia ja uusia teemoja. Teoksessa Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: Wsoy.
- Heikkinen, Alpo 2006. ”Olenko mä sitä riskiryhmää?” - Lastensuojelun poikaryhmien muutostekijät. Teoksessa Maria Tapola-Haapala, Elina Pekkarinen & Susanna Hoikkala Tutkiva sosiaalityö – Sosiaalityön muuttuva tiedontuotanto. Helsinki: Sosiaalityön tutkimuksen seura 2006, 22–26.

- Heikkinen, Alpo 2007. Nuoret lastensuojelun avohuollossa- palvelujen ja menetelmien tarkastelu. Helsingin kaupungin selvityksiä 2007: 1. Viitattu 30.10.2011.  
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/47cfc5804a176e1e949cfc3d8d1d4668/nuoret\\_lastensuojelun\\_avohuollossa.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/47cfc5804a176e1e949cfc3d8d1d4668/nuoret_lastensuojelun_avohuollossa.pdf?MOD=AJPERES)
- Heino, Tarja 2011. Vaikuttavuuden tutkimus sosiaalityössä - tavoitteita ja todellisuuksia. Sosnet Interventiotutkimuksen teemaryhmän seminaari. Suullinen tiedonanto. Viitattu 23.11.2011.  
<http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tapahtumakalenteri/141511.htm>
- Honkalammi, Mika 2011. Vastaava hoitaja. Naulakallion hoito- ja kasvatuskotien yksikkö Etappi. Helsinki. Sähköpostiviesti 30.10. Vastaanottaja Erika Valtonen.
- Hujala, Anne & Salminen, Matti 1998. Sijaishuollon pakkotoimityöryhmän muistio 1998: 22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hujala, Anne 2004. Erityinen huolenpito. Teoksessa Annamaija Puonti, Tuula Saarnio & Anne Hujala Lastensuojelu tänään. Tammi: Helsinki 2004, 265-269. 2.painos.
- Huttunen, Matti 2010. Lasten ja nuorten käytöshäiriö. Duodecim - Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00382](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00382)
- Jyväskylän yliopisto. Koppa. Menetelmäpolku. Menetelmäpolkuja humanisteille. Aineiston analyysimenetelmät. Luokittelu. Viitattu 30.10.2011.  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmät/luokittelu>
- Kalland, Mirjam 2001. Kiintymyssuhdeteorian kliininen merkitys: soveltaminen erityistilanteissa. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY 2001.
- Kalland, Mirjam 2011. Varhaislapsuuden tunnesiteet ja sijoitettu lapsi. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOY 201, 207-216.

- Kauranen, Aila 2009. Tuhoavat voimat ryhmässä. Teoksessa Heidi Lindroos; Ulrika Segercrantz (toim.). Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Palmenia Helsinki University Press.
- Kekoni, Taru 2008. Erityinen huolenpito arjen käytäntöinä. Teoksessa Taru Kekoni, Manu Kitinoja & Tarja Pösö Erityinen huolenpito koulukodeissa. Helsinki: Stakes, 65-91.
- Kekoni, Taru 2009. Lapsiperheiden hyvinvointi. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- Kekoni, Taru; Kitinoja, Manu & Pösö, Tarja 2008. Erityinen huolenpito koulukodeissa. Helsinki: Stakes 2008.
- Keltikangas-Järvinen, Liisa 2010. Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot. Helsinki: WSOY.
- Kitinoja, Manu 2005. Kujan päässä koulukoti. Tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Helsinki: Stakes.
- Kitinoja, Manu 2008a. Erityistä huolenpitoa ja vastaavaa hoitoa toteuttavat yksiköt Suomessa. Teoksessa Taru Kekoni, Manu Kitinoja & Tarja Pösö Erityinen huolenpito koulukodeissa. Helsinki: Stakes, 28–57.
- Kitinoja, Manu 2008b. Erityinen huolenpito seurantatutkimuksen valossa. Teoksessa Taru Kekoni, Manu Kitinoja & Tarja Pösö Erityinen huolenpito koulukodeissa. Helsinki: Stakes, 92–150.
- Kivivuori, Janne 2006. Nuorisoriikollisuuden kehitys teoksessa Nuorisoriikollisuus – Määrät, syyt ja kontrolli. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos 2006. Viitattu 30.10.2011. <http://www.optula.om.fi/37148.htm>
- Koivisto, Maaria 2004. Persoonallisuudeltaan epävakaa potilas hoitosuhteessa – kognitiivisen psykoterapian ja kiintymyssuhdeteorian näkökulmia vuorovaikutuksen haasteisiin. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 2/2004, 53–74. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry. <http://users.utu.fi/juhtiur/jakelu/kt2maariakoivisto.pdf>
- Korhonen, Veijo & Marttunen, Mauri 2006. Mielialan vaihtelut ja mielialahäiriöt. Teoksessa Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Seija Miettinen & Matti Pietikäinen Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 79–89.

- Kovanen, Kirsi; Lehto, Anu; Tapionlinna, Leena & Tervonen-Arnkil, Kaisa 2001. Etappihoito – tehostettu huolenpito osastohoitona. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Känkänen, Päivi & Laaksonen, Sari 2006. Lastensuojelun kehittämisohjelma. Selvitys sijaishuollon ja jälkihuollon nykytilasta ja kehittämistarpeista. Viitattu 17.8.2011. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/7d9702b1-7343-49cf-a3e8-36d4ceb9ead1/Loppuraportti.pdf>
- Laki lastensuojelulain muuttamisesta 583/2006, 29.6.2006. Viitattu 11.8.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060583>
- Lastensuojelu 2007 – Barnskyddet 2007 – Child welfare 2007. Tilastotiedote 23/2008. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2008. Helsinki: Stakes. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt23\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt23_08.pdf)
- Lastensuojelulaki 1983/683. Viitattu 30.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1983/19830683>
- Lastensuojelulaki 2008. Viitattu 23.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Laukkanen, Eila; Marttunen, Mauri; Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2006, 127–134.
- Lehto-Salo, & Marttunen, Mauri 2006. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Teoksessa Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Seija Miettinen & Matti Pietikäinen (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 99–111.
- Leijala, Pirjo 2008. Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen elämässä. Seinäjoki. Viitattu 14.11.2011. <http://www.seinajoki.fi/perhetukipaivat2008/.luennot.html/26083.pdf>
- Marttunen, Mauri 2006. Itsetuhoinen käyttäytyminen. Teoksessa Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Seija Miettinen & Matti Pietikäinen (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 127–134.
- Myllärniemi, Annina 2006. Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista. SOCCAn ja Heikki Waris –instituutin julkaisusarja 7/2006. Hel-

- sinki: SOCCA ja Heikki Waris –instituutti. Viitattu 30.10.2011.  
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/307357004a17335c8381eb3d8d1d4668/HS\\_PKS\\_huoskriteerit.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/307357004a17335c8381eb3d8d1d4668/HS_PKS_huoskriteerit.pdf?MOD=AJPERES)
- Mäntymaa, Mirjami & Puura, Kaija 2011. Varhainen vuorovaikutus ja aivojen kehitys. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOY, 17–27.
- Nystrand, Thomas 2011. Psykologi. Naulakallion hoito- ja kasvatuskodit. Helsinki. Sähköpostiviesti 30.10. Vastaanottaja Erika Valtonen.
- Pettersson, Ann-Marie 2001. Muuttuiko suunta? Etappihoidon – tehostetun huolenpidon – vaikuttavuus nuoren elämään. Diakoniamammattikorkeakoulu Kauniaisten yksikkö. Opinnäytetyö.
- Pitts, John & Kuula, Tarja 2005. Incarcerating Young People: An Anglo-Finnish Comparison. Viitattu 23.11.2011.  
<http://yjj.sagepub.com/content/5/3/147.full.pdf+html>
- Punamäki, Raija-Leena 2001. Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen yhteys. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland (toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY, 174–197.
- Puolitaival, Janne & Mari 2006. Erityinen huolenpito osana suomalaista lastensuojelun laitoshuoltoa. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Pösö, Tarja 2004. Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodeista. Helsinki: Stakes 2004.
- Ranta, Klaus 2006. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Seija Miettinen & Matti Pietikäinen Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 66–78.
- Räty, Tapio 2007. Uusi lastensuojelulaki. Helsinki: Tekijä ja Edita Publishing Oy.
- Segercrantz, Ulrika 2009a. Prologi – ryhmäanalyysin haasteet. Teoksessa Heidi Lindroos & Ulrika Segercrantz (toim.) Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Palmenia, 11–22.
- Segercrantz, Ulrika 2009b. Ryhmäanalyttinen tulkintatyö. Teoksessa Heidi Lindroos & Ulrika Segercrantz (toim.) Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Palmenia, 78–95.



- Silius, Kirsi 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 30.10.2011.  
[http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius\\_teemoittelu-tyypittely\\_141108.pdf](http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf)
- Siltala, Pirkko 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Pirkko Niemelä, Pirkko Siltala & Tuula Tamminen Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 16–17.
- Sinkkonen, Jari 2005. Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland (toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY, 146–173. 1.–4. painos.
- Sinkkonen, Jari 2011. Kiintymyssuhdehäiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland (toim.) Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOY, 245–269.
- Siponen, Ulla; Välimäki, Maritta; Kaivosoja, Matti; Marttunen, Mauri & Kaltiala-Heino, Riittakerttu 2007. Increase in involuntary psychiatric treatment and child welfare placements in Finland 1996–2003. A nationwide register study. Viitattu 22.11.2011.  
<http://www.springerlink.com/content/j53741516464x872/fulltext.pdf>
- Suomen perustuslaki 1999/731. Viitattu 29.10.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Suvisaari, Jaana & Manninen, Marko 2009. Suomen Lääkärilehti. Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttamalla ongelmiin varhain. Viitattu 15.10.2011  
[http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto27\\_2.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto27_2.pdf)
- Tacke, Ulrich 2006. Päihdeongelmat. Teoksessa Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Seija Miettinen & Matti Pietikäinen Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 135–145.
- Taipale, Mari 2006. Lastensuojelun antama tuki. Teoksessa Eila Laukkanen, Mauri Marttunen, Seija Miettinen & Matti Pietikäinen Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2006, 167–172.

- Taskinen, Sirpa 2004. Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu. Teoksessa Annamajja Puonti, Tuula Saarnio & Anne Hujala (toim.) Lastensuojelu tänään. Helsinki: Tammi, 141–153. 2.painos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Lastensuojelu 2010. Tilastoraportti. Viitattu 14.11.2011.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr29\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr29_11.pdf)
- Tervonen-Arnkil, Kaisa 1999. Lyhytaikainen tehostettu huolenpito osastohoitona. Teoksessa Kaisa Tervonen-Arnkil (toim.) Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitomenetelmiä lastensuojelulaitoksissa. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto, 38–39.
- Toikka, Kati & Toikka, Päivi 2006. Ratkaisuna ryhmätoiminta – välineenä vuorovaikutus. Löytöretki luoviin ryhmätoiminnan menetelmiin. Urban II – yhteisöaloiteohjelma 2001–2006. Vantaa: Vantaan kaupunki.
- Toivola, Juha-Matti 2009. Ryhmäanalyysin sosiologiset juuret. Teoksessa Heidi Lindroos & Ulrika Segercrantz (toim.) Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Palmenia, 41–47.
- Wais, Mathias 2005. Lapsuus ja nuoruus nykyaikana – kasvatuksen mielekkyydestä ja mielettömyydestä. Helsinki: Suomen antroposofinen liitto.
- Webropol. Etusivu. Viitattu 30.10.2011. <http://w3.webropol.com/finland>
- YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista 1989. Viitattu 29.10.2011.  
[http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS\\_A5fi.pdf](http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf)

## LIITE 1:

Vuosina 2005 ja 2010 Etapin hoitojakson käyneiden nuorten hoidon tulosten luokittelu

**Päihteidenkäyttö** IIIIIII

lääkkeiden väärinkäyttö III  
 päihdeongelma, päihteidenkäyttö  
 IIIIIIIII  
 alkoholin käyttö IIIIIIIIIIIII  
 huumeiden käyttö IIIII

**Rikollinen käyttäytyminen** IIIII

osaston nuorilta varastelu I  
 pahoinpitelyt I  
 näpistelyt I  
 varastelu III  
 osastolta varastelu I  
 kotoa varastelu I  
 poliisilta tullut nuoresta muutama  
 ilmoitus I

**Ongelmat psyykkisessä voinnissa**

psyykinen huonovointisuus II  
 itsetuhoisuus ( itsetuhopuheet, -  
 ajatukset ja –teot kuten viiltely ja  
 itsemurhayritys) IIIIIII  
 mielialan vaihtelut II  
 masennus III  
 sekava käytös, harhaiset puheet  
 (mahd. huumeesta johtuen) I  
 epävakaa psyykinen vointi I  
 huoli psyykkisestä voinnista IIIIIIIII  
 vetämättömyys I  
 huoli mahdollisesta masennuksesta  
 ja itsetuhoisuudesta I  
 näköalattomuus omaan elämään I

**Rajattomuus**

säännöistä piittaamattomuus, oma-  
 ehtoisuus II  
 rajattomuus IIIII  
 sääntöjen noudattamattomuus IIIIIII  
 säännöistä piittaamattomuus II  
 vaikeus sietää rajojen asettamista  
 rajaton käyttäytyminen I  
 sopimusten noudattamattomuus I  
 piittaamattomuus I

sääntöjen noudattamattomuus lai-  
 toksessa I  
 sääntöjen noudattamisen vaikeus II  
 rajaustilanteiden vaikeus I  
 laitoksen aikatauluista piittaamatto-  
 muus I  
 myöhästely

**Aggressiivinen käyttäytyminen**

(uhmakkuus,fyysiset purkaukset) I  
 aggressiivinen käytös IIIII  
 aggressiivisuus III  
 fyysinen väkivaltaisuus I  
 väkivaltainen käytös IIIII  
 uhmakkuus IIIII  
 kykenemättömyys rauhoittumiseen I  
 uhoava käytös I  
 uhkaava käytös II  
 kiinnipidot I

**Henkinen väkivaltaisuus**

haukkuminen, asiaton kielenkäyttö II  
 sanalliset purkaukset I  
 muiden nuorten asioihin sekaantu-  
 minen II  
 kiristys I  
 kiusaaminen I  
 osaston nuorten manipulointi aikui-  
 sia vastaan I  
 väkivallalla uhkailu I  
 uhkaileva käytös II  
 provosointi I  
 ylimielinen käytös aikuisia kohtaan II  
 ylimielisyys I

**Epäsosiaalinen käytös I**

asosiaalinen käy-  
 tös(epäsosiaalinen?) I

**Omaehtoinen käytös IIIIIII****Impulssikontrollin heikkous**

impulssikontrollin heikkous I  
 arvaamaton käytös I



### **Vuorokausirytmien noudattamisen vaikeus**

vuorokausirytmien sekaisin II  
päivärutiini hukassa I  
vuorokausirytmien noudattaminen vaikeaa II

### **Perheongelmat**

isän pahoinpitelemäksi joutuminen I  
ongelmat isäsuhteessa II  
ristiriidat äidin kanssa I  
symbioottinen suhde vanhempiin ja sisaruksiin I  
äidin voimavarojen puute I  
vähän läheisiä ihmisiä I  
vaikeudet äitisuhteessa I  
kotitöiden tekemisen jääminen I

### **Itsenäistymisharjoittelun epäonnistuminen**

itsenäistymisharjoittelun sujumattomuus I  
kyvyttömyys itsenäiseen asumiseen I

### **Terapiakontaktin onnistumattomuus**

terapiakontaktin onnistumattomuus, heikkous II  
terapiakontakti katkolla II  
kieltäytyminen terapiasta II  
kontakti päpsyyn heikko I

### **Vaikeudet rahankäytön hallinnassa**

huomattavasti lisääntynyt rahankäyttö I  
vaikeudet rahankäytön hallinnassa II  
velkaantuminen I

### **Omien asioiden selvittäminen vaikeaa**

vaikeiden tilanteiden käsitteleminen hankalaa I  
asioiden selvittely hoitajien kanssa ei onnistu, niitä pakeneminen I

selvittelytilanteiden pakeneminen osastolta I

### **Pahoinpitelyn uhriksi joutuminen**

pahoinpitelyn/raiskauksen uhriksi joutuminen (liittyen riskikäyttäytymiseen) I  
pahoinpitelyn/raiskauksen uhriksi joutuminen I

### **Oman tahdon puute, vietävissä olevuus**

oman tahdon puute I  
oman tahdon puute, vietävissä olevuus I

### **Kontaktin saamattomuus hatkojen aikana III**

### **Hoitokielteisyys, hoitovastaisuus II**

### **Muut tulokset**

aikuiskontaktien puute I  
vaikeus sietää pettymyksiä aikuisten huoli siitä, kykeneekö huolehtimaan itsestään hatkojen aikana I  
huoli nuoren elämänsenteestä I  
arjen hallinnan ongelmat I  
eristäytyminen, kontaktien välttely I  
luottamuspula suhteessa aikuisiin I

### **Tulosityksi mainittuja mutta vaikuttavat enemmän hoidon tavoitteilta**

elämäntilanteen pohtiminen I  
jatkosijoituksen valmistelu I  
pysäytys I  
omalle osastolle palaamisen valmistelu I  
terapiakontaktin jatkon selvitys I  
arvio nuoren olemassa olevista resursseista I



Työskentelykapasiteetin arvio, taso-  
testaus (psykologin testit) I

### **Karkailun lopettaminen**

Luvattomien poissaolojen lopettami-  
nen II  
Hatkailemisen loppuminen III

### **Karkailujen selvittäminen**

Hatkailemisen selvittäminen IIIII  
Luvattomien poissaolojen selvitys  
IIIIII

### **Perhesuhteiden työstäminen**

Perhetilanteen selvittäminen III  
Vanhempaintapaamisten järjestämi-  
nen II  
Vanhempien kanssa työskentely I  
Paluu kotiin I  
Isän kuoleman käsittely I  
Perhesuhteiden selvittäminen II  
Isän ja äitisuhteen työstäminen I  
Isäsuhteen vahvistaminen II  
Isäsuhteen vakiinnuttaminen I  
Perhetilanteen purkaminen I  
isäsuhteen keskeneräiset asiat I  
Äidin kanssa keskusteluyhteyden  
parantaminen I  
Äiti-suhteen paraneminen II  
Perhetapaamiset I  
Äitin sairauteen liittyvien kysymysten  
käsittely I  
Kotitilanteen selvittäminen I  
Isän kanssa välien selvittäminen I  
Perheen tukeminen I

### **Sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen**

Nuorisokotiin asettuminen I  
Osastolle sitoutuminen III  
Hyvät suhteet lastenkotiin I  
Kontakti omaan sijoituspaikkaan ja  
sen aikuisiin I  
Omaan osastoon kiinnittyminen IIIIIII  
Oman osaston aikuisiin tutustumi-  
nen I  
Suhteen parantuminen sijaisäitiin I  
Uuden alun mahdollistaminen lai-  
toksessa I

Hoitoon asettuminen omassa sijoi-  
tuspaikassa II

Yhteistyön parantuminen omalle  
osastolle I  
Myönteisen aikuiskontaktin luomi-  
nen omalle osastolle I  
Omalla osastolla asumisen turvaa-  
minen I  
Osastolle kiinnittymättömyyden syi-  
den selvittäminen I  
Yhteistyön käynnistäminen osaston  
ohjaajien kanssa I  
Luottamuksen parantuminen oman  
osaston aikuisten suhteen II  
Avoimen suhteen vahvistaminen  
oman osaston aikuisten suhteen I  
Vuorovaikutuksen parantaminen  
oman osaston aikuisten kanssa II  
Kontaktin vahvistaminen oman  
osaston kanssa I  
Osastolle paluun valmistelu I  
Yhteisten pelisääntöjen luominen  
sijaisäidin kanssa I  
Muutoksen aikaansaaminen jotta  
kotiinpaluu sijaisperheeseen mah-  
dollista I

### **Vuorokausirytmien palauttaminen**

Vuorokausirytmien normalisoituminen  
IIIIIIIIII  
Päivärytmi II

### **Fyysisen terveyden edistäminen**

Fyysisen terveydentilan kartoitus II  
Fyysisen terveydentilan hoito I  
Terveys (painonhallinta ja liikunta)  
Hygieniasta huolehtiminen I  
Itsestä huolehtiminen (lääkitys, hy-  
gienia, terveys) I  
Fyysinen terveys: labra, tulostarkas-  
tus, I  
Mahdollinen osallistuminen HUSn  
kuvantamistutkimukseen I  
Tiedollinen valistuskasvatus (päih-  
de, seksuaali, terveys)

### **Seksuaaliterveyden edistäminen**

ehkäisyneuvonta I  
Seksuaalisuuden käsittely I

Ehkäisyasioiden läpikäyminen ja ehkäisykapselin laitto I  
Ikätason mukainen seksuaalinen käyttäytyminen (raskaus ja raiskauksen uhriksi joutuminen) I

### **Lääkitysiasioiden hoito**

Lääkityksen tarkkailu, seuranta II  
Lääkehoidon vakiinnuttaminen III  
Lääkityksen selvittäminen I  
Lääkitykseen sitoutuminen I

### **Ystäväpiirin kartoittaminen**

Ystäväpiirin selvittäminen II  
Sosiaalisen verkoston selvittäminen  
Selvittää kenen kanssa ja missä viettää vapaa-aikaa I

### **Uuteen sijoituspaikkaan liittyvien asioiden työstäminen**

Jatkosijoituspaikan selvittäminen II  
Jatkosijoituspaikkaan kontaktin luominen I  
Mahdollisen pitkäaikaisen sijoituksen työstö I  
Uudelle osastolle siirtymisen valmistelu I  
Sijoituspaikan arviointi III  
Uuteen sijoituspaikkaan muuton valmistelu I  
Tutustuminen uuteen sijoituspaikkaan I  
Erotyö omalta osastolta I

### **Itsenäistymisen harjoittelu**

Asumisharjoitteluun siirtymisen tukeminen  
Itsenäistymisen tukeminen I  
Itsenäiseen elämään siirtymisen valmistelu I  
Itsenäistymisen harjoittelu I  
Itsenäistyminen I  
Asumisharjoitteluun siirtyminen I  
Tukiasuntotyöskentelyn jatkaminen I

### **Vastuunotto itsestä**

Vastuunotto omasta elämästä  
Vastuullisempi elämänasenne I  
Oma elämä hallintaan I

Vastuun löytyminen omasta elämästä II

Vastuunotto omista tekemisistä III  
Omasta itsestä huolehtimisen opettelu I  
Vastuun kantaminen itsestä I  
Omien asioiden hoitaminen I  
Omista asioista kiinnostuminen I  
Asioiden loppuunvieminen I  
Syy ja seuraussuhteiden oppiminen I  
Hankaluuksista erossa pysyminen I

### **Sopimuksissa pysyminen (sääntöjen noudattaminen)**

Sopimuksien arvostus I  
Rajoihin asettuminen I  
Osaston sääntöjen noudattaminen I  
Oman osaston sääntöihin sitoutuminen I  
Myöhästelyjen loppuminen I

### **Kokonaisvaltaisen Elämäntilanteen käsittely**

Elämäntilanteen miettiminen II  
Kokonaisvaltainen elämäntilanteen selvittäminen IIIIIII  
Kokonaisvaltainen tilannearvio IIIIIIIIIII  
Pysäyttäminen pohtimaan omaa elämäntilannetta III  
Oman tilanteen käsittely I  
Elämäntilanteen arviointi II  
Oman tilanteen tarkastelu II

### **Nuoren elämässä tapahtuneiden asioiden läpikäyminen**

Lapsuuden tapahtumista keskustelu I  
Huostaanoton syiden selvittely I  
Nuoren elämänkulun läpikäyminen I  
Sijoitukseen liittyvien syiden pohtiminen I

### **Tulevaisuudesta keskusteleminen**

Tulevaisuuden suunnittelu IIIIIIIIIII  
Tulevaisuudesta keskusteleminen I  
Tulevaisuudenuskon vahvistaminen I  
Jatkon miettiminen sijaisperheessä I



**Itsetunnon vahvistaminen**

Itsetunnon vahvistaminen, positiivisen minäkuvan löytäminen III

**Omien ajatusten kertomisen opettelu**

Omista asioista keskustelutaidon oppiminen I

Omien ajatusten kertominen I

Nuoren mielipiteiden esille saattaminen I

Kyky sanoa ei tilanteen vaatiessa I

**Agressiivisen käyttäytymisen työstäminen**

Agressiivisuuden kartoittaminen I

Mahdollisen aggressiivisen käyttäytymisen selvittäminen ja siihen puuttuminen I

Aggressiivisuuden käsittely II

aggressiivisen käytöksen pysäytys I

Väkivaltaisen käyttäytymisen lopettaminen I

Väkivallan kierteen katkaiseminen I

Väkivallasta keskustelu III

**Muun käyttäytymisen työstäminen**

Käyttäytyminen kuntoon osastolla I

Käyttäytyminen kuntoon koulussa I

Käyttäytymisen parantuminen sijaisperheessä I

Käyttäytymisen harjoittelu I

Kielenkäytön harjoittelu I

Omien tekemisten tarkastelu I

Itsehillinnän lisääminen, impulssikontrollin vahvistaminen II

Vuorovaikutustilanteiden pohtiminen I

Rehellisyyteen kannustaminen I

Itseä ja omaa kehitystä vaarantavan ja vahingoittavan käytöksen lopettaminen I

**Tarvittavien tukitoimien kartoitus I**

Hoidon ja tuentarpeen arviointi I

Jatkohoidon suunnitelman teko I

**Voimavarojen löytyminen III**

Voimavarojen kartoitus I

**Elämäntilanteen vakauttaminen I**

Elämäntilanteen rauhoittuminen I

Irroittautuminen omista kuvioista I

**Ristiriitatilanteiden selvittely**

Riitatilanteiden syiden selvittely

Ristiriitatilanteista puhuminen I

Ristiriitatilanteista puhuminen, erit. väkivaltatilanteen jälkipuinti

Konfliktitilanteiden purkamiseen uusia keinoja I

**Nuoreen kohdistuneen väkivallan selvittely**

Seksuaalirikokseen liittyvien asioiden

selvittely I

Tulevaan oikeudenkäyntiin liittyvät asiat I

**Arjen hallinta I**

Arkielämästä kiinnisaaminen I

Raamin löytäminen elämään I

**Harrastamiseen/työntekoon motivointi**

Harrastustoimintaan uudelleen aloittamiseen motivointi I

Työmotivaation löytäminen I

HELSA/LASTU –projektien käynnistäminen I

**Vuorovaikutuksen tukeminen nuoren ja aikuisten välillä**

Keskusteluyhteyden luominen nuoreen I

Tukea luottamuksen rakentamista aikuisiin I

**Syrjäytymisen ehkäiseminen**

Syrjäytymiskierteen katkaiseminen I

Syrjäytymisriskien pohdiskelu I

**Muut hoidon tavoitteet**

Rahankäyttö (velka-asiat) I

Peliriippuvuuden selvitys I

Pitkäjänteisyys tekemisissä, vaivanäkö tavoitteiden saavuttamiseksi I

Nuoren kehityksen tukeminen I  
Murrosiän ja siihen liittyvien asioiden  
käsittely I  
Lapseen tutustuminen  
Asennemuutos I

Rehellisyyteen kannustaminen I  
Motivointi avun vastaanottamiseen I  
Kaveripiirin vaikutuksen omaan  
elämään miettiminen I  
Tuki kokonaistilanteessa I

## LIITE 2:

**Hoidon tulokset**

<b>Tulosy</b>	<b>Aineistovuosi</b>		<b>Yhteensä</b>
	<b>2005</b>	<b>2010</b>	
Karkailu	20	24	44
Päihteidenkäyttö	16	17	33
Poissaolot koulusta	15	13	28
Rajattomuus	11	13	24
Ongelmat psyykkisessä voinnissa	15	7	22
Aggressiivinen käyttäytyminen	8	9	17
Muut kuin poissaoloihin liittyvät koulunkäyntiongelmät	8	8	16
Kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan	6	10	16
Rikollinen käyttäytyminen	7	7	14
Henkinen väkivaltaisuus	8	2	10
Omaehtoinen käytös	3	6	9
Sosiaalisten suhteiden huolestuttavuus	4	4	8
Huoli fyysisestä hyvinvoinnista	6	1	7
Perheongelmat	4	3	7
Vuorokausirytmien noudattamisen vaikeus	3	3	6
Terapiakontaktin onnistumattomuus	3	3	6
Impulssikontrollin heikkous	2	3	5
Pahoinpitelyn/raiskauksen uhriksi joutuminen	2	3	5
Omaa hyvinvointia vaarantava käytös	1	3	4
Omien asioiden selvittelyminen vaikeaa	1	3	4
Seksuaalisen käyttäytymisen huolestuttavuus	2	1	3
Vaikeudet rahankäytön hallinnassa	1	2	3
Hoitokielteisyys	1	2	3
Epäsosiaalinen käytös	0	2	2
Itsenäistymisharjoittelun epäonnistuminen	0	2	2
Kontaktin saamattomuus hatkojen aikana	0	2	2
Oman tahdon puute	1	0	1
Muu tulosy	7	17	24
Tulosyitä ei mainittu	2	0	2
<b>Yhteensä</b>	<b>157</b>	<b>170</b>	<b>327</b>

## LIITE 3:

## Tyttöjen ja poikien tulokset

Tulosyy	Tyttö (T)		Poika (P)		Yhteensä	
	2005	2010	2005	2010	T	P
Karkailu	12	17	8	7	29	15
Päihteidenkäyttö	7	10	9	7	17	16
Poissaolot koulusta	9	10	6	3	19	9
Rajattomuus	7	8	4	5	15	9
Ongelmat psyykkisessä voinnissa	8	4	7	3	12	10
Aggressiivinen käyttäytyminen	3	4	5	5	7	10
Muut kuin poissaoloihin liittyvät koulunkäyntiongelmät	5	6	3	2	11	5
Kiinnittymisen vaikeudet sijoituspaikkaan	3	9	3	1	12	4
Rikollinen käyttäytyminen	0	2	7	5	2	12
Henkinen väkivaltaisuus	4	1	4	1	5	5
Omaehtoinen käytös	2	4	1	2	6	3
Sosiaalisten suhteiden huolestuttavuus	3	3	1	1	6	2
Huoli fyysisestä hyvinvoinnista	3	1	3	0	4	3
Perheongelmat	2	3	2	0	5	2
Vuorokausirytmien noudattamisen vaikeus	2	1	1	2	3	3
Terapiakontaktin onnistumattomuus	2	0	1	3	2	4
Impulssikontrollin heikkous	1	1	1	2	2	3
Pahoinpitelyn/raiskauksen uhriksi joutuminen	1	3	1	0	4	1
Omaa hyvinvointia vaarantava käytös	1	3	0	0	4	0
Omien asioiden selvittely vaikeaa	0	1	1	2	1	3
Seksuaalisen käyttäytymisen huolestuttavuus	2	1	0	0	3	0
Vaikeudet rahankäytön hallinnassa	0	0	1	2	0	3
Hoitokielteisyys	1	0	0	2	1	2
Epäsosiaalinen käytös	0	0	0	2	0	2
Itsenäistymisharjoittelun epäonnistuminen	0	1	0	1	1	1
Kontaktin saamattomuus hatkojen aikana	0	1	0	1	1	1
Oman tahdon puute	1	0	0	0	1	0
Muu tulosyy	5	11	2	6	16	8
Tulosyitä ei mainittu	2	0	0	0	2	0
<b>Yhteensä</b>	<b>86</b>	<b>105</b>	<b>71</b>	<b>65</b>	<b>191</b>	<b>136</b>

## LIITE 4:

## Hoidon tavoitteet ja tavoitteiden toteutuminen

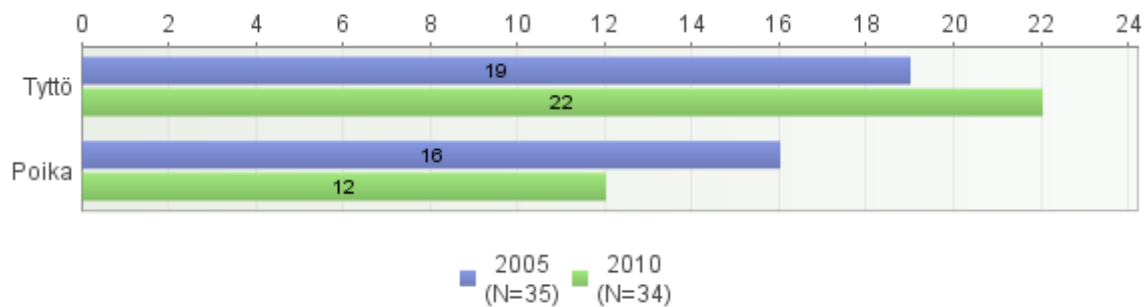
	Täysin		Osin		Ei toteutunut		Ei mainintaa		Yhteensä		
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	Yht.
<b>Hoidon tavoite</b>											
Koulunkäynnin tukeminen	18	15	3	1	0	2	0	1	21	19	40
Pysäytys	11	15	1	1	0	0	5	2	17	18	35
Psyykkisen kunnon arviointi	15	8	1	0	2	0	0	1	18	9	27
Sijoituspaikkaan kiinnittymisen työstäminen	7	12	4	2	0	1	0	1	11	16	27
Kokonaisvaltaisen elämäntilanteen käsittely	8	6	1	0	0	0	5	5	14	11	25
Päihteiden käytön arviointi	12	6	2	0	0	1	1	1	15	8	23
Perhesuhteiden työstäminen	7	7	6	1	0	0	0	0	13	8	21
Vuorokausirytmien palauttaminen	3	7	1	0	0	0	2	1	6	8	14
Karkailujen selvittäminen	2	1	3	1	0	0	5	1	10	3	13
Päihteettömyyden tukeminen	1	5	0	3	0	0	2	1	3	9	12
Vastuunotto itsestä	2	1	2	0	3	0	2	2	9	3	12
Tulevaisuudesta keskusteleminen	1	5	0	1	0	0	0	4	2	9	11
Psykiatrisen hoidon turvaaminen	2	3	0	1	0	3	0	2	1	10	11
Psyyken vahvistaminen	2	3	1	1	1	1	0	1	4	6	10
Aggressiivisen käyttäytymisen työstäminen	4	1	3	0	1	1	0	0	8	2	10
Fyysisen terveyden edistäminen	1	3	2	0	0	0	1	1	4	4	8
Muun kuin aggressiivisen käyttäytymisen työstäminen	0	4	0	0	1	1	0	1	1	6	7
Uuteen sijoituspaikkaan liittyvien asioiden työstäminen	3	3	0	0	0	1	0	0	3	4	7
Lääkitysasioiden hoito	3	1	2	0	0	0	0	0	5	1	6
Itsenäistymisen harjoittelu	0	3	0	0	1	1	0	1	1	5	6

	Täysin		Osin		Ei toteutunut		Ei mainintaa		Yhteensä		
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	Yht.
<b>Hoidon tavoite</b>											
Rikolliseen käyttäytymiseen liittyvien asioiden selvittely	2	2	1	0	0	0	0	0	3	2	5
Karkailun lopettaminen	2	1	0	0	0	0	2	0	4	1	5
Sopimuksissa pysyminen	3	0	0	0	1	0	0	0	4	0	4
Arjen hallinta	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2	4
Seksuaaliterveyden edistäminen	2	1	0	1	0	0	0	0	2	2	4
Nuoren elämässä tapahtuneiden asioiden läpikäyminen	1	1	1	0	0	0	0	1	2	2	4
Omien ajatusten kertomisen opettelu	1	2	0	0	0	0	1	0	2	2	4
Voimavarojen löytäminen	1	2	0	0	0	0	1	0	2	2	4
Tarvittavien tukitoimien kartoitus	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	4
Vuorovaikutuksen tukeminen nuoren ja aikuisten välillä	1	1	0	2	0	0	0	0	1	3	4
Ystäväpiiriin kartoittaminen	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	3
Itsetunnon vahvistaminen	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3
Harrastamiseen/työntekoon motivointi	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	3
Elämäntilanteen vakauttaminen	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
Syrjäytymisen ehkäiseminen	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2
Ristiriitatilanteiden selvittely	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Nuoreen kohdistuneen väkivallan selvittely	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Muu hoidon tavoite	4	4	0	1	1	1	3	2	8	8	16
Hoidon tavoitteita ei mainittu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>124</b>	<b>129</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>206</b>	<b>192</b>	<b>398</b>

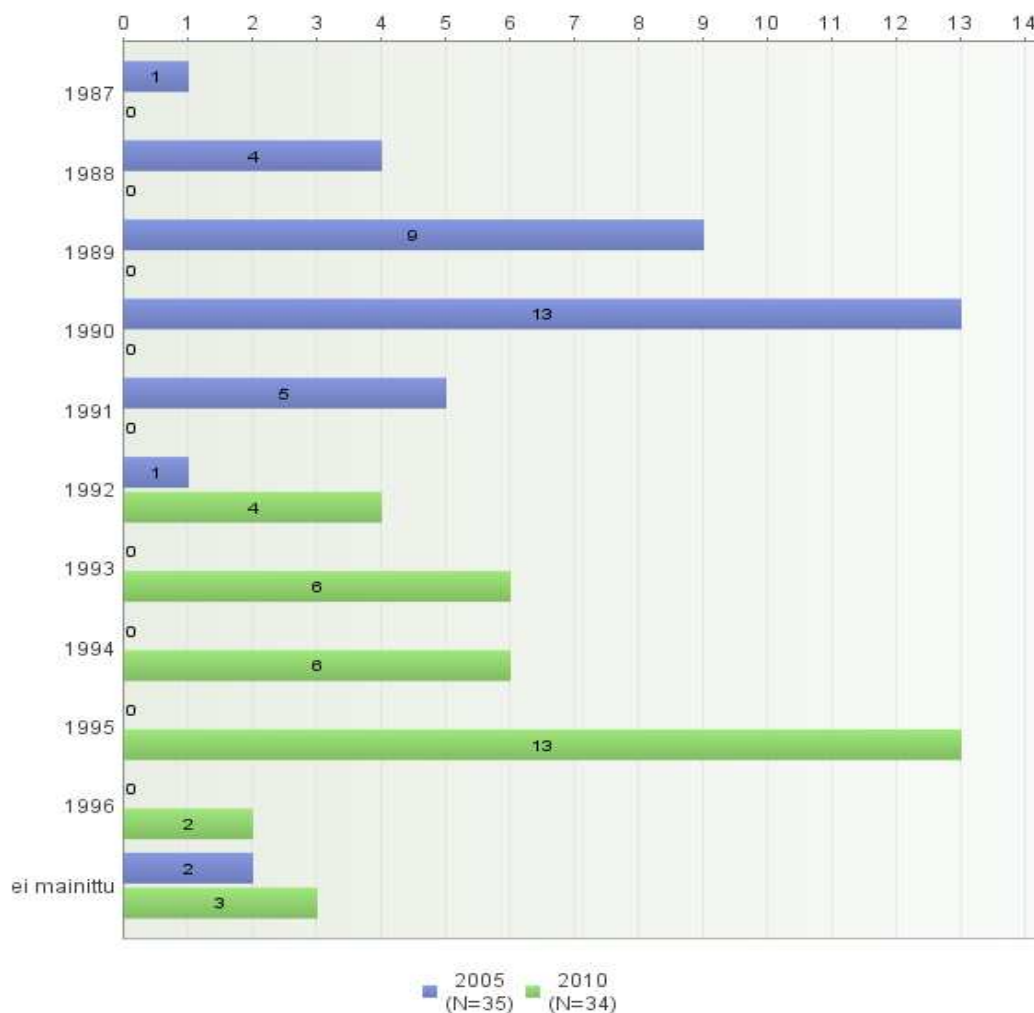
## LIITE 5:

Vastaajien määrä 69

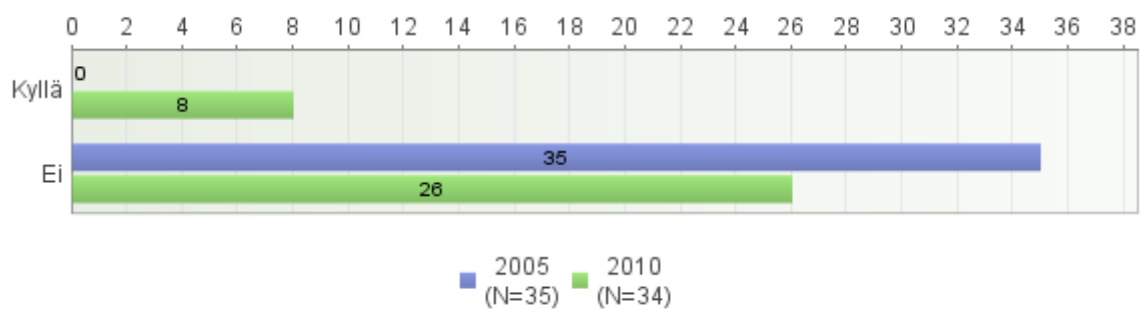
## Sukupuoli



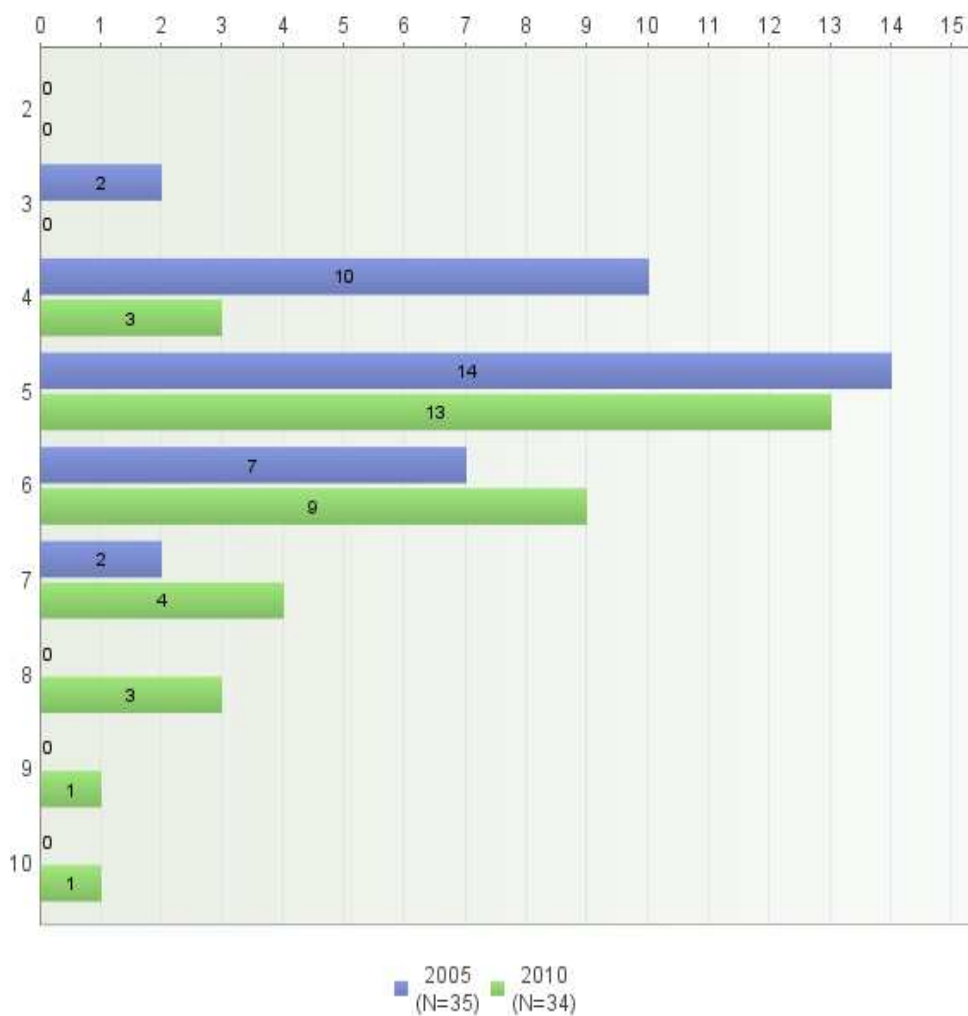
## Syntymävuosi



## Kaksi jaksoa saman vuoden aikana

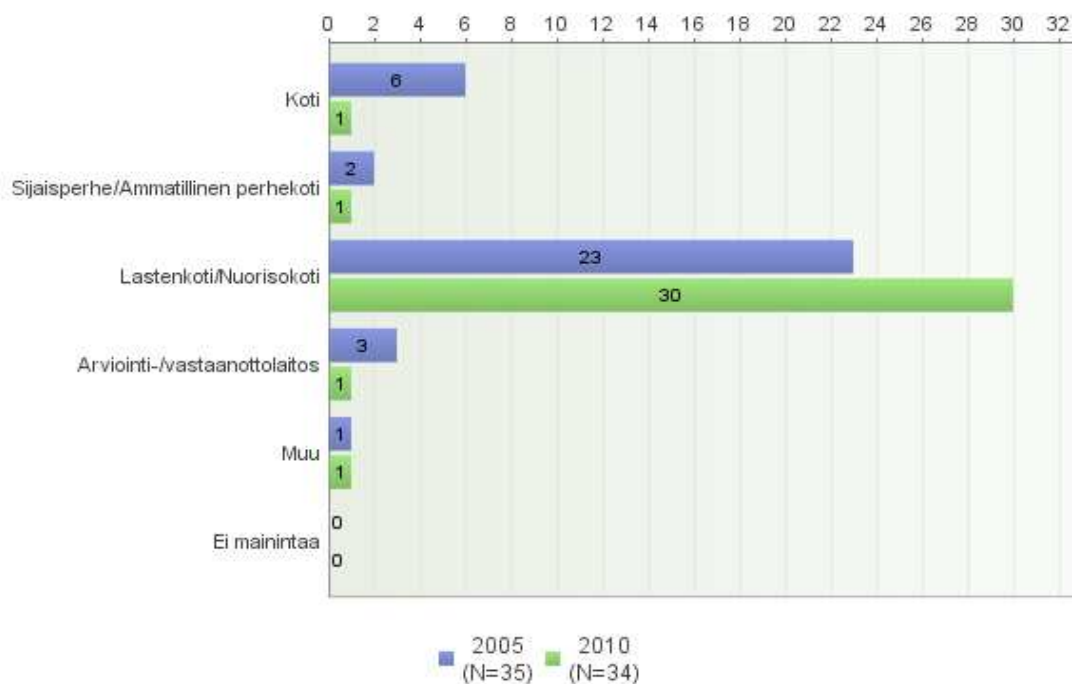


## Hoitoyhteenvedon sivumäärä

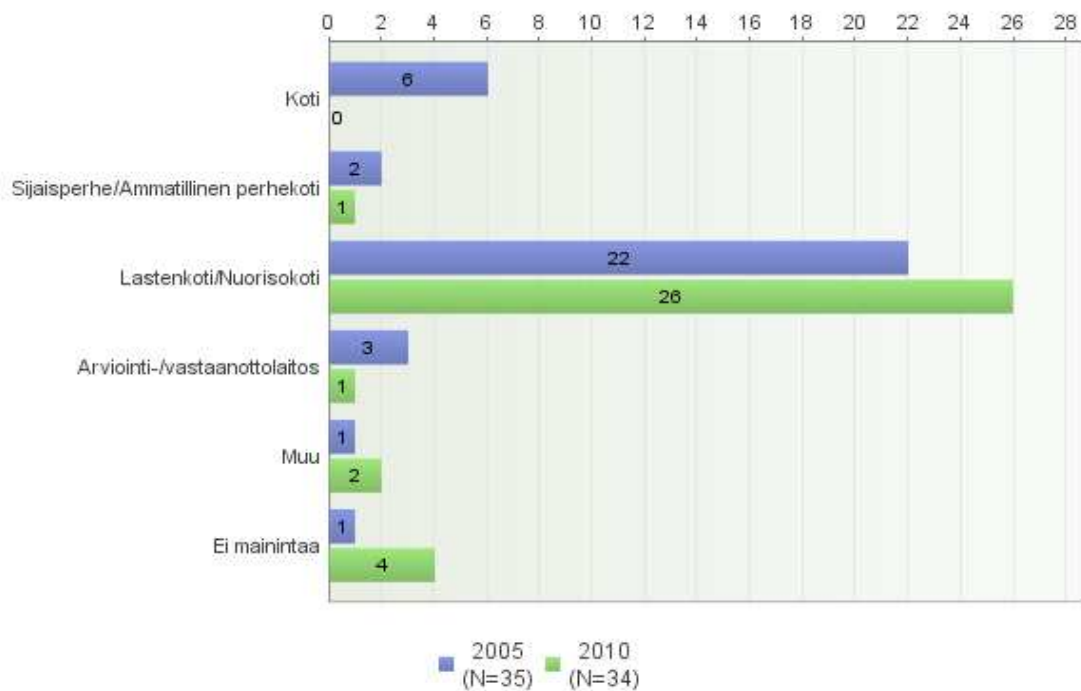




### Sijoituspaikka hoitojakson alkaessa



### Sijoituspaikka hoitojakson jälkeen



## Nuorten ryhmiin osallistuminen Etapin hoitojakson aikana

